

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896 à 1 heure

PAR

JEAN-LOUIS-EUGÈNE RIFFÉ

Né le 14 septembre 1869, à Béceleuf (Deux-Sèvres)

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médailles d'argent (1889 et 1890) de la Faculté de Bordeaux

Médaille d'argent des hôpitaux de Bordeaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris

LE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

A PARIS EN 1894

President : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. } DIEULAFOY, professeur.
 } ROGER, THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

489

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 21 juillet 1896 à 1 heure

PAR

JEAN-LOUIS-EUGÈNE RIFFÉ

Né le 14 septembre 1869, à Béceleuf (Deux-Sèvres)

Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Médailles d'argent (1889 et 1890) de la Faculté de Bordeaux

Médaille d'argent des hôpitaux de Bordeaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris

LE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

A PARIS EN 1894

President : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. } DIEULAFOY, professeur.
 } ROGER, THOINOT, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, Rue Racine, 45

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
Maladie des enfants.	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
Professeur honoraire	
M. PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. ROGER
Médecin des hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST
Membre de l'Académie de médecine
Inspecteur général des services sanitaires
Commandeur de la Légion d'honneur

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

A PARIS EN 1894

INTRODUCTION

L'épidémie de typhus exanthématique dont nous avons été témoin et que nous rapportons ici remonte à l'année 1894, c'est-à-dire à deux ans. Depuis cette époque, aucune observation nouvelle n'a été publiée en France. Cette absence actuelle de la maladie qui nous occupe, le temps déjà passé depuis que nous l'avons observée, enlèvent certainement un peu d'intérêt, au moins d'intérêt d'actualité à notre thèse, et cependant nous avons pensé que ce travail ne serait pas absolument inutile. Les épidémies diverses de 1893 ont été rapportées soit aux sociétés savantes, soit dans des monographies avec de nombreux détails : pourquoi ne pas publier également celle de 1894 qui en est la continuation évidente ?

De plus, il nous a semblé, à l'examen attentif des observations prises au lit du malade, sous la direction de notre maître M. le professeur agrégé Roger, que cer-

tain points de clinique, tout en ayant été signalés jusqu'ici, n'occupent peut-être pas une place aussi importante qu'ils le méritent. Enfin, le fait de publier 39 observations personnelles et inédites de typhus exanthématique nous paraît une raison suffisante de notre travail.

Après un historique du typhus exanthématique en France, nous résumons rapidement son étiologie générale, nous arrêtant plus spécialement aux causes probables de l'épidémie de 1894, aux symptômes observés et faisant, aussi complètement que possible, le diagnostic de cette redoutable affection. Nous terminerons en donnant le chiffre de la mortalité et l'indication de la thérapeutique suivie.

Nous regrettons de n'avoir pu, à l'époque où nous recueillions ces faits, poursuivre les études anatomo-pathologiques et bactériologiques qui en seraient le complément indispensable. Nous passerons également sous silence les nouveaux essais de sérothérapie appliquée au traitement du typhus exanthématique.

Au terme de nos études médicales, nous nous permettrons d'exprimer notre respectueuse gratitude à tous nos maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Bordeaux et de Paris dont la bienveillance ne nous a jamais manqué. Nous remercions spécialement : à Bordeaux, M. le professeur Lanelongue (1889), M. le professeur Demons (Externat 1890), M. le Doyen Pitres (Externat 1891), M. le Dr Verdalle (Internat 1892); à Paris M. le Dr Anger (Externat 1893), M. le professeur agrégé Roger, MM. les Drs Variot, Cöttinger, Siredey, Tapret (Internat provisoire, 1894 et 1895).

La constante sollicitude que nous a montrée M. le professeur Pitres de Bordeaux pendant toute notre vie d'étudiant nous rend particulièrement agréable de nous dire l'élève d'un tel maître.

Pendant notre année d'internat provisoire à l'Hôtel-Dieu annexe de Paris, M. le professeur agrégé Roger ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils et il a daigné continuer à nous accorder sa bienveillance. C'est sous sa direction que nous avons recueilli les observations faisant le sujet de notre thèse : il voudra bien en accepter l'humble et très respectueux hommage.

Nous offrirons également ce modeste travail à M. le professeur Proust pour l'honneur qu'il nous fait de vouloir bien le présider.

HISTORIQUE DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE EN FRANCE

Le typhus exanthématique, maladie infectieuse, d'une extrême contagiosité, dont les causes adjuvantes étaient communes dans l'antiquité, doit remonter à une époque très éloignée. Préciser sa première apparition est chose impossible et tout au plus peut-on le supposer dans les descriptions incomplètes que donnent les auteurs anciens.

La première épidémie certaine de typhus exanthématique éclata pendant le siège de Grenade en 1489 où les armées de Ferdinand et d'Isabelle la Catholique perdirent 17.000 combattants.

« Funeste produit des calamités sociales de toutes sortes, dit Kelsch (1), il a dû faire partie des maladies pestilentielle du moyen-âge et il paraît en effet certain, d'après Hoëser, que bien avant le xvi^e siècle l'instinct populaire distinguait de la peste proprement dite d'autres formes de fièvres qui se séparaient de cette dernière par une malignité moindre, par la rareté des bubons et des charbons et surtout par l'apparition fréquente d'un exanthème auquel on donnait en Italie le nom de *pétéchie* (*de pesticulæ* ou *de pestichiæ*, diminutif de peste) ».

1. Kelsch. *Traité des maladies épidémiques*, 1894.

Murchison croit l'avoir découvert dans Thucydide, mais telle n'est pas l'opinion de Nielly (1), pour qui la description de Thucydide se rapporterait à la fièvre typhoïde : l'historien grec ne parlant pas de l'exanthème et des pétéchies qui eussent dû tout d'abord le frapper.

Quoi qu'il en soit, le typhus se rencontre à partir du ^{xvi}e siècle endémique sur plusieurs points et des épidémies viennent à intervalles plus ou moins rapprochés désoler l'Europe.

Avant son apparition en France, on le voit surtout en Italie et Fracastor de Vérone l'étudia successivement de 1505 à 1508 et de 1524 à 1530. Pour lui, le typhus serait originaire de Chypre « sa patrie ».

Il faut attendre la seconde moitié du ^{xvi}e siècle pour voir éclater le typhus en terre française, et l'agglomération des armées de Charles-Quint au siège de Metz en 1552 lui fournit son premier champ de ravages.

Le siège levé, la ville elle-même fut envahie et suivant Math. Unzer (*Tractatus medicus chemicus*, Halle 1834) la campagne environnante eut également à souffrir. Cette époque vit également éclore les épidémies du Poitou décrites par Coyttarus de Poitiers et plus tard par Ambroise Paré. Au ^{xvii}e siècle le typhus règne encore en des foyers nombreux dont les relations sont à peine indiquées, il devient surtout terrible à la faveur de la guerre de trente ans et des guerres de Louis XIV.

En 1623, il éclate à Montpellier pendant le siège de cette place. Plus de 30 p. o/o des malades succombent :

1. Nielly. Art. *Typhus*, in *Dict. encycl. des Sc. méd.*

cette épidémie est décrite par Lazare Riverius sous le nom de *febris maligna pestilens*.

En 1694, le typhus se montre à Rochefort (1).

Le XVIII^e siècle présente à peu près la même physionomie. Endémique partout, le typhus se réveille souvent : les épidémies mieux décrites qu'au siècle précédent sont nombreuses, elles sont spécialement meurtrières pendant les grandes guerres de 1793.

En 1754, Le Cat relate une épidémie à Rouen.

En 1755, la Basse-Bretagne (2) présente de nombreux foyers de typhus épidémique.

En 1756, Carrouges (3), Seclin (4), Ham (5), Lignières-la-Doucelle (6).

En 1757, l'escadre de l'amiral Lamothe rapporte le typhus à Brest (7) où il détermine une épidémie meurtrière. Plus de 40.000 victimes succombent, réparties parmi les matelots, les forçats et la population civile.

En 1758, Plénée-Jugon (8), Lille (9).

En 1759, Strasbourg (Kuhn et Bergius).

En 1762, Cusset (10).

1. Georget. *Arch. gén. de méd.*, 1823, p. 137 et 147.

2. Darlue. *J. gén. de méd. chir. et ph.*, 1758, VIII, p. 357.

3. Gérard, *J. de méd. ch. et ph.*, 1756, IV, p. 311.

4. Dehenne, id 1757, VII, p. 207.

5. De Berge id 1757, VII, p. 372.

6. Keuze id 1758, IX, p. 456.

7. Observé par Courcelles 1757. — In Fonssagrives, *Ann. d'Hyg.* 1859, XII, p. 241.

8. Montcet, *J. de méd. ch. et ph.*, 1759, XI, p. 57.

9. Boucher id 1759, X, p. 442.

10. Collin id 1763, XIV, p. 244.

- En 1763, Saint-Venant (1).
En 1764, Montceau (2), Lille (3).
En 1765, Montigu-les-Conbrailles (4).
En 1777, Josselin (Bretagne) (5).
En 1779, Dinan (6).
En 1782, Paris (7).
En 1786, Treguier (8).
En 1793, Nantes assiégé par les Vendéens, Mayenne,
et Laval, après leur passage.
En 1794, La Salpêtrière (Pinel).
En 1797, Nice, Aix, Fréjus, Toulon, Marseille, Grenoble
sont contagionnées à la suite de l'épidémie de Mantoue.
En 1800, Montmorency (9).
Au XIX^e siècle, le typhus se cantonne et son impor-
tance diminue considérablement après la période des
guerres de l'Empire.
En 1802, Montreuil-sur-Mer (10).
En 1806, Langres (11), Bourges (12), parmi les prison-
niers espagnols.

1. Denis, *J. de méd. ch. et ph.*, 1786, I, p. 32.
2. Renard id 1765, XXII, p. 540.
3. Boucher, *loc. cit.*, 1764, XXI, p. 509.
4. De Plaigne, *J. de méd. ch. et ph.*, 1765, XXII, p. 540.
5. De Kériavalle, *Hist. Soc. Roy. de méd.*, 1780, II, p. 53.
6. De Lalouette id 1779.
7. Doublet, *J. de méd. ch. et ph.*, LVIII, p. 415.
8. Dieuleveult id 1786, LXIX, 51.
9. Bazin. Th. Paris, 1803.
10. Vivères. *J. méd. ch. et ph.*, 1802, p. 417.
11. Robert. *J. de Corvisart*, XII, p. 10.
12. Boin. *J. de Corvisart*, XXXII, p. 209 et XXXIII, p. 3.

De 1804 à 1808, Semur (1) présente un certain nombre de cas de typhus. En même temps des prisonniers allemands propagent la maladie à Autun et dans les environs.

Un réveil de l'endémie du Finistère se manifeste également à Cap-Cizun (2).

A la suite de la guerre d'Espagne, des prisonniers importent le typhus à Dax (3) 1808, et l'année suivante le Périgord (4) présente un certain nombre de foyers. Vire (5) est également atteint.

En 1811-1812, les départements de l'Yonne et de la Côte-d'Or sont envahis par la maladie qu'ont importée des prisonniers autrichiens et espagnols. Elle se montre d'abord dans les prisons et les casernes d'Auxerre (6). Plus de 7000 soldats sont frappés, sans compter la population civile.

En mai 1814, l'arrondissement de Tonnerre (7) étant envahi par les armées étrangères depuis le mois de février le typhus éclate, mais se montre généralement bénin. Sur 115 individus atteints en trois mois sept seulement succombent.

Cette même année 1814 est surtout marquée par la terrible épidémie de Metz. 7.752 soldats et 1.294 habitants meurent du typhus.

1. Lermnier. *Bull. F. M. P.*, 1812, I, p. 53.

2. Gigaud. *J. méd. ch. et ph.*, 1805, XXII, p. 353.

3. Grateloup. *J. m. ch. et ph.*, 1810, XX, p. 168.

4. Poutard.

5. Saint-Fresne et Raisin. *Soc. méd. de Caen*, 1809.

6. Boulanger. *Th. Paris*, 1820.

7. Marquis. *Th. Paris*, 1816.

En 1815, Bonne-en-Faucigny (1), le Soissonnais (2).

En 1816, Annecy (3).

En 1818, Rouen, épidémie intérieure de la maison de détention.

En 1819, Grenoble (4).

En 1827, Andelot (5).

En 1829 et 1830, une épidémie se développe au bagne flottant de Toulon (6). Les bagnes flottants étaient d'anciens vaisseaux dont on avait conservé les ponts et les sabords, et qui servaient aussi de logement aux condamnés. La position de ces vaisseaux était telle que la ventilation se faisait difficilement de l'arrière à l'avant. Les cas se succédèrent d'août 1829 à mars 1830 avec recrudescence en octobre.

En 1833, l'épidémie s'éveille de nouveau à Toulon (7). Les condamnés placés sur le bâtiment primitivement infecté furent répartis dans les autres localités et bientôt toutes celles-ci, qui ne donnaient presque point de malades, en fournirent en plus grande quantité. De nombreux cas de contagion se produisirent dans le personnel médical et infirmier.

1. Douche. Th. Strasbourg, 1819.

2. Godelle. *J. m. ch. et ph.*, LII, p. 336.

3. Caron. *J. m. ch. et ph.*, 1820, LXXI, p. 221.

4. Berthet. Th. Strasbourg, 1819.

5. Chomel. *J. m. ch. et ph.*, 1827, XCIX, p. 90.

6. Gassier. *Essai sur le typhus de Toulon*, en 1829-1830. Th. Montpellier, 1833.

7. Villers. *Essai sur le typhus de Toulon en 1833*. Th. Paris, 1834.

En 1839, Reims (1).

En 1840, Mirande (2).

En 1843, la petite commune de Brouhac (3), canton du Puy, fournit 45 cas de typhus avec 9 morts sur un total de 118 habitants.

De novembre 1854 à avril 1855, le typhus règne à Strasbourg (4), à Plancher-les-Mines (5) et à la prison de Nancy (Parizot).

En 1855-1856, Toulon (Barallier), 381 cas, 156 morts.

En 1856, au Val-de-Grâce (6), parmi les soldats du 50^e de ligne revenant de Crimée, Godelier observe en quatre mois 108 cas avec une mortalité de 1/7. Cette même année, Reims voit de nouveau se montrer le typhus au couvent du Bon Pasteur (7), parmi les filles repentantes. Sur 75 pensionnaires, 48 sont atteintes. A Avignon (8), l'épidémie fut produite par des malades évacués de l'hôpital de Dolma-Batché, à Constantinople : sur 21 cas, 7 morts. A Neufchâteau (9), Garcin observe également le

1. Landouzy. *Arch. gén. de méd.*, 1842, I, p. 306. Ce que Landouzy a observé à Reims serait peut-être de la fièvre typhoïde : telle est l'opinion de Bouillaud (in Duché. Th. Paris, 1838),

2. Broqua. *Bull. ac. méd.*, 1840, VI, p. 619.

3. *Mém. ac. méd.*, XIV, p. 47.

4. Schuetzemberger. *Gaz. méd. de Strasbourg*, juin 1855.

5. Poulet. *Union médicale*, 1857, XI.

6. Godelier. *Mém. sur le typhus du Val-de-Grâce. B. ac. méd.* 1856, XXI, p. 881.

7. Noël. Th. de Paris, 1859.

8. Chauffard. *Gaz. hebdomadaire*, 1856, p. 434.

9. Garcin. *Ac. des sciences*, 16 juin 1856.

typhus chez des soldats revenant de Crimée. Peu après, de nombreux cas se montrent à l'hôpital militaire de Châlon-sur-Saône (1).

En 1858, le couvent du Bon Pasteur (2), à Reims, est de nouveau visité, 20 cas se produisent sur 75 filles présentes.

En 1864, nouvelle épidémie à Toulon (3), importée dans cette ville par la frégate égyptienne Ibraïmieh venant d'Alexandrie : une trentaine de cas.

En 1868, Paingaud l'observe à la caserne de Pau.

En 1869, Rive-de-Gier (4).

En 1870, quelques cas au camp de Coulie. A la suite de la déroute du Mans, de nombreux malades furent traités à Mayenne comme typhiques (Ponthault).

En 1871, Amiens (5).

Depuis 1870 jusqu'en 1893, le typhus est resté cantonné en France, dans la Bretagne et spécialement dans les départements du Finistère et du Morbihan, ainsi que le mettent bien en lumière les nombreuses recherches faites dans ces vingt dernières années.

De décembre 1869 à avril 1871, le typhus fait de nombreuses victimes à Riantec (6) près de Lorient, Gillet, l'historiographe de cette épidémie, bien qu'arrivé sur les lieux alors qu'elle existait déjà depuis longtemps, put

1. Canat., Acad. des sciences, 14 juillet 1856.

2. Noel. *Loc. cit.*

3. Gourrier. *Rel. du t. à Toulon 1864*. Th. Montpellier, 1866.

4. Perroud. *Lyon méd.*, 1869, III, p. 489.

5. Bucquoy. Soc. méd. des hôp., 24 mars 1871.

6. Gillet. Th. de Paris, 1872.

observer 551 cas qui donnèrent 121 morts, soit 22 o/o.

Peu après, Rouisan (1) (Cne de Saint-Pierre, près Brest) fut atteint par le fléau : 165 cas et 43 morts, soit 26 o/o. Rouisan étant situé près de la rade de Brest, on crut devoir rattacher l'épidémie typhique à l'importation mais on remarqua alors que le typhus contagieux existait sur divers points éloignés du Finistère.

Pendant les années 1872 et 1873, Saint-Pierre-Quilbignon, Guilers, Plouzaneç, Recouvrance, Saint-Marc, Lambazellec, Guiparas (2), furent successivement visités.

Il faut aussi d'après Gestin rapporter au typhus les épidémies qui éclatèrent aux collèges de Pont-Croix et de Lesneven en 1873.

Dans ces différents centres, le typhus n'avait pas les allures d'une maladie épidémique, mais il paraissait acclimaté, frappant à petits coups, quelquefois à de longs intervalles, mais néanmoins conservant les traits caractéristiques de la maladie contagieuse observée à Riantec et à Rouisan. Une enquête, poursuivie alors avec beaucoup de soins, démontra que de nombreuses épidémies qualifiées de fièvre typhoïde pourraient bien être du typhus et les observations se multiplièrent de typhus à l'état endémique. En 1785 Pauillac (3). En 1875 Gestin (4) et Morvan observent à Lanillis une épidémie très grave (90

1. Gestin. Rapp. sur les épid. de 1877. *Mem. Ac. de méd.*, XXXII, p. 25.

2. Martin, Th. Paris, 1876.

3. Jaccoud, *Gaz. hebdom.*, 1875, XII, p. 1 et 9.

4. Gestin, *loc. cit.*

cas). Quelques mois plus tard Neis signale une nouvelle poussée dans le canton de Pont-Croix, en même temps qu'on le retrouve dans les arrondissements de Morlaix et de Brest. Continuant la série des épidémies bretonnes, Danguy des Déserts décrit celle de l'île Molène (1) en 1876.

De septembre 1875 à mai 1877 il y eut 284 cas et seulement 12 morts.

En 1879, épidémie de Plouhinec (Finistère) rapportée par Gestin.

Enfin en 1891, se développa celle de l'île Tudy (2) observée par Thoinot laquelle suivant la plupart des observateurs eut la même origine des multiples épidémies qui en 1893 envahirent le nord de la France.

L'épidémie se développa au mois de mai et se termina à la fin d'août. On observa 84 cas avec 16 morts.

Dans son rapport, Thoinot conclut que cette épidémie ne semble pas pouvoir être rapportée à une importation exotique : il paraît plus conforme aux faits de penser que le typhus de Tudy n'est qu'un épisode de l'incontestable endémie typhique qui sévit en Bretagne et particulièrement dans le Finistère.

En dehors de cette endémicité du typhus en Bretagne, et à part quelques cas isolés d'importation bretonne, le reste de la France ignorait absolument le typhus lorsqu'il se montra sur plusieurs points en 1892.

En juillet, Neufchâtel et Honfleur étaient contaminés ;

1. Danguy des Déserts. *Arch. de méd. nav.*, 1877, XXVIII, p. 10.

2. Thoinot. *Ann. d'hygiène*, 1891, XXVI, p. 465.

Rouen en septembre. Quelques cas se montrent à Gournay en novembre, à Etrepagny en décembre.

En décembre également on constate le typhus à Abbeville et à Amiens.

En janvier 1893 : Roubaix et Lille.

En février : Beauvais, Pontoise, Saint-Denis.

Le 6 mars : Paris.

En avril : Pont-Audemer, Evreux, Mantes.

Quelle est l'origine probablement commune de ces différents foyers? Tandis que presque seul Charlier les suppose d'importation américaine, il n'est pas douteux pour Netter et Thoinot qu'ils ne soient une extension du typhus en Bretagne.

Netter a trouvé dans plusieurs hôpitaux des typhiques d'origine bretonne, et il a donné la preuve qu'ils avaient été contaminés au sortir de la Bretagne. L'enquête à laquelle il s'est livré lui a permis de reconnaître plusieurs foyers de typhus en activité à Venzit (arrondissement de Morlaix), à Moustoir (arrondissement de Guingamp) et à Trébivan près de Moustoir. Une épidémie intense aurait enfin régné de 7 juin 1891 à septembre 1892 à Carnoët près de Trébivan.

De ces différents points, le typhus aurait été importé par les bateaux de Morlaix au Havre ou à Honfleur et se serait ensuite répandu peu à peu jusqu'à Paris en suivant une route que les auteurs de l'enquête indiquent avec précision (1).

1. Proust. *L'épidémie de 1893. Bull. Ac. Med.* 1894, XXXI, p. 14.

Dans ces différents cas, les vagabonds furent les agents les plus actifs de la propagation.

Les lieux les plus éprouvés furent :

Ville	cas	Décès	Ville	cas	Décès
Abbeville —	33	6	Dunkerque —	2	1
Amiens —	93	35	St-Riquier —	6	1
Lille —	53	16	Nantes —	7	4
Pontoise —	27	9	Versailles —	12	4
Beauvais —	24	6	Poissy —	6	3
Etrepagny —	13	4	Gisors —	8	4
Mayenne —	13	10	Evreux — Pont-Audemer.		

A Paris c'est le 29 mars 1893 que Sapelier, de Nanterre, signala le premier cas de typhus existant dans l'imprimerie de la prison.

L'épidémie de Paris de 1893 fournit quatre-vingt-cinq cas avec trente-deux décès, soit une proportion de plus de 30 o/o. La plupart des cas furent signalés à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux et donnèrent lieu à des discussions auxquelles prirent part :

A l'Académie : Proust, Dujardin-Berumetz, Lancereaux, Gallia, Rochard, Le Roy de Méricourt, Olivier, A. Guérin, Monod, Kelsch, Brouardel, Wannebroucq, Leloir, Bucquoy, Barrault.

A la Société des hôpitaux : Bourcy, Comby, Roger, Thibierge, Rendu, Huchard, Netter, Catrin, Richardière, Le Gendre, Hanot, Chantemesse, Laveran.

Ces différentes épidémies s'éteignirent plus ou moins rapidement : les derniers cas furent signalés, à Pont-Audemer en septembre, à Evreux en octobre, à Lille et Pontoise en novembre, à Châlons-sur-Marne en décembre.

ETIOLOGIE

Comme la plupart des questions médicales, l'étiologie du typhus exanthématique a passé par une série de phases et a donné lieu à de nombreuses controverses.

La spécificité de la maladie fut même niée après les études de Louis sur la fièvre typhoïde et le typhus fut confondu avec cette dernière, pour en être, il est vrai, bientôt distrait.

Les discussions reprirent alors sur la genèse spontanée ou non de l'affection. Pour Murchison, le poison est engendré par des émanations concentrées d'êtres humains sales de corps et porteurs de vêtements sales. Baudens (1), en 1872, le croit encore uniquement engendré par la misère, l'accumulation dans les prisons, les camps, les hôpitaux.

La genèse spontanée du typhus fut donc longtemps admise et les aphorismes classiques : « on peut faire naître le typhus à volonté » — « pas de famine, pas de typhus (Gorrigan) » le prouvent suffisamment.

Cependant dès 1872 Chauffard (2) conclut : « Que l'on

1. Baudens. *Comm. à l'Acad. de méd.*, 15 octobre 1872.

2. Chauffard. *Bull. Ac. méd.*, 15 octobre 1872.

ne doit pas limiter aux influences délétères de la misère et de l'encombrement les causes occasionnelles du typhus et qu'on ne le crée pas à volonté au moyen de ces facteurs communs, que la race et le sol fournissent à l'étiologie de cette maladie des conditions essentielles et majeures; que le typhus comme le choléra doit être rangé parmi les maladies épidémiques d'origine exotique, ne paraissant sur notre sol que par importation, et ne s'y acclimatant que lorsqu'il y a été importé ». Abstraction faite de cette dernière proposition, reconnue aujourd'hui inexacte, puisque le typhus est parfaitement acclimaté en Bretagne, nous voyons que Chauffard admettait nettement la contagion comme cause unique du typhus en France.

A la même époque, Kelsch (1) considère comme plus que douteuse la genèse spontanée du typhus même dans les armées. Pour Robinski (2), misère, famine, eaux corrompues, découragement, seraient des causes accessoires. Ayant observé en 1867 et 1868 une épidémie dans le district de Lœbau aux environs de Neumarkt et surtout dans le village de Tilitz (150 cas), cet auteur constata toujours la contagion, mais un individu malade allant au loin n'importait pas le typhus : il manquait donc quelque cause adjuvante que l'observateur crut découvrir dans les eaux croupissantes d'un étang dont les habitants devaient se servir, les puits étant desséchés.

Aujourd'hui, l'entente est faite : endémie, épidémie,

1. Kelsch. *Etiol. du typhus. Gaz. hebdomadaire*, 1872, IX, p. 747.

2. Robinski. *Du développement du typhus. Gaz. des hôp.*, 1881, p. 945.

contagion, résumant toute l'histoire étiologique du typhus. « L'épidémie de typhus, dit Thoinot (1), forme en dernière analyse une chaîne dont tous les anneaux se tiennent par les liens les plus étroits. » Depuis longtemps déjà Jaccoud avait défini heureusement le typhus une maladie infecto-contagieuse.

Qu'il se montre à l'état endémique ou épidémique, le typhus pour éclore a besoin d'un certain nombre de causes adjuvantes que l'on supposait autrefois le produire de toutes pièces : la misère, la famine, l'encombrement et en seconde ligne le froid, l'humidité, le défaut de ventilation, un travail exagéré.

La recrudescence de la misère a été signalée au début des épidémies récentes de Bretagne, mais là ne serait pas tout encore et dans son livre sur les maladies infectieuses, toujours à citer dans les questions d'étiologie et de pathogénie, Kelsch émet l'hypothèse suivante : « Outre ces moteurs pathogènes si puissants, le méphitisme humain et la famine, il nous semble que les germes sont encore actionnés par des influences générales d'ordre cosmique ou cosmo-tellurique qui abaissent ou élèvent alternativement leur virulence. Ces influences échappent à nos instruments de précision, mais se manifestent par des effets, c'est-à-dire par ces mouvements alternatifs d'expansion et de retrait, par ces oscillations plus ou moins larges que les maladies infectieuses subissent à travers les temps et auxquels l'hygiène reste absolument étrangère. »

Dans ces conditions mal connues mais réelles, les ger-

2. Thoinot, *loc. cit.*

mes des microbes que Pasteur a démontrés répandus partout sans grand dommage pour l'homme peuvent devenir dangereux, peut-être à la suite de développements successifs. Leur virulence peut se trouver plus ou moins vite renforcée et ainsi s'expliqueront d'eux-mêmes ces faits dans lesquels une petite épidémie se produit isolément loin de tout foyer contagieux : c'est ainsi que Kelsch explique ce qu'il a décrit sous le nom de genèse autochtone du typhus.

Le fait est probable mais non prouvé, et dans la grande majorité des cas, sinon dans tous comme le veut Thoinot, il faut accuser la contagion directe ou indirecte. Il est certain que le typhus est une maladie éminemment transmissible et les mêmes causes adjuvantes qui président à l'éclosion des foyers épidémiques se retrouvent dans les faits de contagion : misère, encombrement, défaut de ventilation favorisent sa transmission, et l'on a souvent observé dans les armées en particulier qu'il se transmet peu ou pas en plein air. Enfin les chances de contagion sont d'autant plus grandes que les individus sains sont plus souvent et plus longtemps en contact avec les typhiques, ce qui explique l'énorme mortalité, signalée dans plusieurs épidémies, du personnel médical et hospitalier.

Le typhus naissant serait plus infectant que le typhus tout fait : le virus perd de sa puissance dans ses reproductions successives. Ce fait est commun à un grand nombre de maladies contagieuses et épidémiques. Il a été manifeste à Paris en 1894 : La plupart des cas mortels se sont présentés au début et le pronostic s'améliora considérablement pour les cas ultérieurs.

Enfin le degré de contagiosité serait surtout élevé de la fin de la première semaine au commencement de la convalescence : telle est du moins l'opinion de Murchison. Le danger de contagion cesserait après la chute de la température : il est facile de comprendre l'importance de ce fait, s'il est exact, au point de vue de la prophylaxie et des soins à donner aux convalescents.

En dehors du contact avec les malades on peut encore prendre le typhus, soit par l'intermédiaire des linges ou de tout autre objet contaminé, soit même par l'intermédiaire d'un individu sain.

Cette contagion indirecte par des individus en apparence indemnes de typhus s'expliquerait de deux façons. On a souvent observé surtout en Algérie que des individus atteints de dysenterie, et vivant dans l'ordure, propageaient le typhus et Kelsch suppose que souvent ces malades étaient en réalité atteints de formes anormales ou difficilement reconnaissables de typhus. Mais il n'est pas besoin même d'une semblable hypothèse et la théorie microbienne du typhus explique facilement le transport par un individu sain, chez lequel le germe n'a pas rencontré un terrain favorable à son développement.

En temps d'épidémie ce sont donc, dit Kelsch, les affamés, les misérables, les vagabonds de toute catégorie qui fomentent la maladie et qui la propagent partout, sans en paraître atteints eux-mêmes. Leur admission dans les asiles, les dépôts de mendicité, les hôpitaux peut entraîner les conséquences les plus graves; leur isolement s'impose comme celui des typhiques avérés.

Comment se produit la contagion? Ici on ne peut émet-

tre que des hypothèses, l'agent contagieux lui-même éant absolument inconnu.

Des recherches de Thoïnot à l'île Tudy il résulte que le contact direct doit être seul incriminé, ni l'air, ni l'eau ne seraient une voie de transmission. Il semble également prouvé que le contagé n'habite pas l'intestin et la plupart des auteurs le placent, soit dans les pellicules de desquamation cutanée soit dans les produits d'expectoration (Chantemesse). Netter et Metchnikoff pensent que le germe infectieux résidant dans le sang pourrait être inoculé par des parasites, hypothèse mise en doute par Kelsch: quoi qu'il en soit cet agent infectieux résiste de longs mois à la destruction.

Le typhus confère le plus souvent l'immunité. Plus rarement encore que la typhoïde on le voit récidiver: si l'on cite l'exemple classique de Murchison qui eut deux fois le typhus c'est autant en raison de la rareté du fait que de la personnalité du malade.

Il est aussi une autre sorte d'immunité relative qui serait produite par le contact prolongé et continu avec les typhiques: ce n'est qu'une hypothèse mais les faits semblent prouver que ce que Jacquot décrit sous le nom de typhisation à petite dose existe réellement. Un infirmier par exemple jusque-là bien portant s'affaiblit, perd l'appétit, est atteint de constipation et d'un léger mouvement fébrile: ces symptômes sont peu intenses et parfois ne l'empêchent pas de continuer son service, mais cet état traîne en longueur pour disparaître peu à peu sans qu'on puisse lui attribuer une durée exacte: le sujet paraît alors immunisé. A-t-il eu réellement le typhus?

N'était sa situation au milieu des typhiques, personne n'y penserait. Embarras gastrique, fébrile ou non, serait le diagnostic porté mais peut-être ne faut-il pas rejeter ces cas si bénins, et si quelques taches se montrent comme dans l'observation que nous rapportons ici, nous croyons que l'on peut sûrement porter le diagnostic de typhus exanthématique.

OBSERVATION I

G... Paul, âgé de 33 ans, infirmier à l'Hôtel-Dieu annexe et attaché au service des typhiques.

A eu la syphilis il y a quelques années et est atteint en ce moment d'une laryngite spécifique. Ce malade a eu également une fièvre typhoïde dans sa jeunesse. Alcoolique invétéré mais très robuste.

Depuis une semaine environ, l'appétit a cessé complètement ; courbature généralisée et céphalalgie frontale assez intense.

Le 3 juillet. — Légers frissons, point de côté violent dans la région lombaire droite ; le malade prend le lit.

4 juillet. — Faiblesse générale, le point de côté a disparu ainsi que les frissons, mais la céphalalgie persiste.

Langue normale, auscultation négative.

Un laxatif est donné au malade ; à la suite, vomissements bilieux pendant toute la matinée.

5 juillet. — Quelques râles muqueux disséminés dans la poitrine.

Quelques taches rosées, disparaissant sous le doigt et en nombre très restreint : on en découvre quatre ou cinq sur l'abdomen, une dizaine dans le dos.

L'état général s'est amélioré, les phénomènes gastriques ont disparu.

Riffé

6 juillet. — Quelques taches persistent seulement dans le dos.

8 juillet. — Guérison, le malade demande à reprendre son service.

La température s'est peu élevée : elle était de 38°,4, la veille de l'apparition des taches et de 38° le jour où elles se sont montrées pour revenir bientôt à la normale.

Causes de l'épidémie parisienne de typhus en 1894.

Venant après l'épidémie plus grave de 1893, le typhus de 1894 passa à peu près inaperçu. Il fut cependant signalé au comité consultatif d'hygiène de France (1) et quelques cas isolés furent rapportés à la société médicale des hôpitaux.

Jusqu'au 15 juillet, on compte une cinquantaine de cas dont vingt pendant le mois de juin avec une mortalité de 45 o/o.

L'épidémie sévit surtout sur les adultes, cheminaux, vagabonds, habitués d'asiles de nuit, mais les femmes et même les enfants ne furent pas épargnés.

L'origine première de l'épidémie de 1894 doit manifestement être recherchée dans un réveil de celle de 1893.

Nous avons vu précédemment que les derniers cas en 1893 furent signalés à Pont-Audemer en septembre à Evreux en octobre, à Lille et Pontoise en novembre enfin à Châlons en décembre. A Paris, les derniers cas avaient

1. Deschamps. *Le typhus à Paris du 1^{er} janvier au 15 juillet 1894. Ann. d'Hyg. publ.*, 1894, XXXII, p. 193.

été observés au mois d'octobre. Etant donné le pouvoir de résistance de l'agent infectieux on pourrait facilement les rattacher à la recrudescence de 1894 mais ces derniers cas, en quelque sorte officiels, ne furent réellement pas les derniers, et comme cela avait du reste été prédit le typhus se manifesta plusieurs fois d'une façon endémique. Beaucoup de cas n'ont pas été publiés ; quelques-uns n'ont été signalés qu'accidentellement ou même complètement passés sous silence. Cependant dans son rapport sur l'épidémie de 1893 lu à l'Académie de médecine, Proust (1) signale cinq cas nouveaux à Reims et deux à Paris. Le typhus régna donc à Paris jusqu'au commencement de l'année 1894.

Peu après Brouardel (2) lisait à l'Académie de médecine un rapport de Tueffert de Montbéliard rapportant de nouveaux cas de typhus. Il s'agissait d'une famille de vagabonds dont le père et les deux enfants vinrent camper, conduisant une petite voiture à bras, à cent mètres environ de Bart le 14 février 1894. La mère était restée à l'hôpital de Langres, un autre enfant dans un hôpital inconnu et un dernier enfant séjournait à l'hôpital de Belfort. Le père succomba au typhus dont les deux enfants qu'il avait avec lui étaient également atteints. La religieuse qui les soigna contracta seule la maladie, qui ne fit pas d'autres victimes, grâce à la promptitude et à l'énergie des mesures prises. D'après les renseignements recueillis, cette famille aurait pris le typhus dans ses

1. Proust. *Rapport sur l'épid. de typhus en 1893.*

2. Brouardel. *Bull. ac. méd.*, 1894, 3 s. XXXI, p. 415.

voyages sur les routes du Nord et de l'Est de la France.

Le 23 février Netter signale à la société médicale des hôpitaux un cas de typhus observé par Dupuy à Saint-Denis : parmi nos malades, un typhique nous vint ensuite de cette localité (Obs. XXIV). A l'académie de médecine dans la séance du 24 avril, Dujardin-Beaumetz signale la présence à l'hôpital des Enfants-Malades de deux petits vagabonds atteints de typhus.

Lors du premier cas qui a été isolé dans le service de M. le professeur agrégé Roger à l'Hôtel-Dieu annexe (23 mars 1894) le typhus existait donc à l'état endémique à Paris et dans les environs.

Comment expliquer sa recrudescence subite ?

L'étude du lieu d'origine de nos malades est des plus instructifs.

Le premier typhique (Obs. XXXII) était arrivé récemment à Paris. Sans travail depuis longtemps il loge un peu partout, quelquefois à la belle étoile, et pendant quelques jours dans un hôtel de la rue Galande dénommé le Château-Rouge et bien connu de la plupart de nos typhiques. Sur nos 39 observations, dont il faut distraire deux cas de contagion à l'intérieur d'un hôpital, une dizaine au moins de nos malades ont logé au Château-Rouge, et il semble difficile de ne pas admettre là un centre important de contagion.

Connu également sous le nom de la Guillotine le Château-Rouge tire son nom de la couleur de sa façade. Son aspect extérieur rappelant les habitations luxueuses des siècles passés détone dans cette rue étroite et mal bâtie qu'est la rue Galande, au milieu des débits de bas-étage

et des boutiques sordides : c'est en effet l'ancien hôtel de la duchesse de Beaufort plus connue sous le nom de Gabrielle d'Estrées.

Après avoir été un centre de l'élégance et un lieu de rendez-vous pour le roi vert galant, le logis de la belle Gabrielle devint et resta longtemps un bal public où se réunissait la jeunesse fastueuse. Devenu le Château-Rouge on le retrouve sous forme de maison de détention pendant la Commune de 1870 et après cette série de déchéances l'hôtel de la rue Galande est devenu un cabaret fréquenté surtout par ce que la populace de la place Maubert contient de plus abject.

Les hôtes de passage du Château-Rouge sont surtout des hommes, les femmes n'y manquent pas cependant mais ne viennent pas là pour se livrer à la prostitution. C'est, comme on l'a dit, un temple uniquement consacré à Bacchus. Le cabaret comprend deux salles, dont l'une plus vaste porte le nom de Sénat : on y boit et on y dort, sur les tables ou dessous au hasard de la position et du sexe. Une atmosphère épaisse et brûlante règne dans ce taudis peuplé de types interlopes, surtout de souteneurs et de pierreuseuses plus ou moins ivres.

A côté de ce foyer principal de contagion, un second situé tout près, rue Maître-Albert, nous fournit également un grand nombre de malades. Presque tous les typhiques que nous avons eus à soigner, avaient plus ou moins fréquenté ces deux centres : nous devons en excepter cependant, un cas venant de Saint-Denis où, nous l'avons

vu, le typhus se montrait de temps en temps et un second cas venant de La Varenne-Saint-Hilaire (1).

Il nous a souvent été facile de retrouver la contagion directe même sans rechercher par quels domiciles avait passé le malade : que de fois n'avons-nous pas vu un typhique apporté dans le service d'isolement reconnu immédiatement par ses collègues en convalescence. Le malade sorti du coma se trouvait en pays de connaissance et s'il mourait sans avoir pu répondre à l'interrogatoire, ses voisins de lit étaient bien plus que la famille, absente en général, en mesure de nous donner des renseignements sur sa vie antérieure.

D'après ce qui précède il est facile de voir dans quelles conditions sociales vivaient nos malades. La plupart avouaient la profession de journalier qui cache tous les métiers, l'un d'eux nous déclara cyniquement qu'il était souteneur. Quelques-uns seulement travaillaient réellement et étaient : suppléante, infirmier, comptable, maçon, mouleur, serrurier, chiffonnier.

1. — Nous n'avons pas cru devoir comprendre parmi nos observations le cas d'un épileptique interné à Bicêtre envoyé dans le service comme typhique et mort aussitôt son entrée. L'éruption était intense et généralisée, l'autopsie ne révéla rien. Peut-être était-ce réellement du typhus? nous ne le croyons pas surtout en raison de ce fait qu'il est difficile d'admettre un cas isolé de typhus dans un asile comme Bicêtre et chez un malade qui n'était pas sorti depuis fort longtemps de l'asile et n'avait pu se contagionner au dehors.

Quant à l'âge des malades il se répartit ainsi :

De 10 ans à 20 ans ...	5
20 30 ...	9
30 40 „	10
40 50 ...	7
50 60 „	7
60 70 ...	1

Total : 39

Comprenant trente quatre hommes et cinq femmes. Une chose est frappante dans l'épidémie que nous rapportons : c'est le peu de contagion intérieure à l'Hôtel-Dieu annexe. La surveillante que nous eûmes à soigner avait été contagionnée à l'hôpital Tenon. Nous n'avons observé que les symptômes sans gravité présentés par l'infirmier de l'observation I et que nous n'avons du reste rattachés au typhus qu'en raison du milieu dans lequel il vivait et encore sous toutes réserves.

A quoi tient cette heureuse particularité ? Sans doute, toutes les mesures hygiéniques prises, la quantité considérable d'air dont jouissait chaque malade, les désinfections soigneuses et répétées, l'isolement absolu du personnel hospitalier attaché aux typhiques ont suffi à limiter le typhus dans les salles où étaient soignés les malades.

ETUDE CLINIQUE

L'évolution des maladies infectieuses est ordinairement divisée en un certain nombre de périodes, répondant au degré d'envahissement ou de réaction de l'organisme.

Dans le typhus exanthématique l'apparition d'une éruption spéciale indique nettement la réaction organique qui caractérise la période d'état de l'affection. Cette division est toute théorique et l'on sait que de nombreux typhiques ne présentent point ces phases d'évolution, ils brûlent les étapes et souvent un malade jusque-là bien portant tombe subitement, presque d'une façon foudroyante, dans l'adynamie et le coma (Obs. V).

Nous décrirons successivement avec Niemeyer : l'incubation, l'invasion, la période d'état, la terminaison.

Incubation. — Rarement cette période a été observée à l'hôpital.

Dans les cas même où la contagion intérieure parmi le personnel hospitalier permettrait d'en étudier les symptômes, il est fréquent de ne rien observer : de fait, cette période d'incubation peut passer complètement inaperçue

du médecin comme du malade, soit que ce dernier n'éprouve rien, soit qu'il prête peu d'attention à des symptômes fugaces et à peine indiqués.

Les classiques signalent d'une façon irrégulière la courbature, du catarrhe oculo-nasal, un peu de bronchite ou d'angine. Quelques malades auraient éprouvé des accès de fièvre intermittente, sans être cependant des paludéens, enfin de l'embarras gastrique. Mais le plus souvent rien dans cette période n'indique la redoutable affection qui doit évoluer : toute maladie infectieuse même la plus bénigne peut s'annoncer de cette façon insidieuse et le diagnostic pendant la période d'incubation est impossible.

L'une de nos malades, suppléante à l'hôpital Tenon, arrivée dans le service d'isolement dans un état intellectuel parfait, a pu nous renseigner exactement et jour par jour sur les symptômes ressentis pendant cette période. Nous donnons immédiatement son observation, une des plus complètes, comme interrogatoire, qu'il nous ait été donné de recueillir.

OBSERVATION II

Th... Adélaïde, âgée de 35 ans, suppléante à l'hôpital Tenon, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 16 octobre 1894, sortie le 17 novembre.

Santé ordinairement parfaite, n'a aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Ayant, comme suppléante, un service assez chargé, elle se sentit prise subitement le lundi 8 octobre, c'est-à-dire huit jours avant son entrée à l'isolement, de céphalée assez violente

mais qui s'atténua sous l'influence de l'antipyrine. La malade perdit en même temps l'appétit et celui-ci ne revint plus, enfin un peu de fatigue, peu de sommeil et sommeilsurtout fréquemment traversé par des cauchemars terrifiants.

Les mêmes symptômes alternent pendant trois jours.

Le jeudi, la courbature est généralisée, mais il n'y a pas de fièvre, ni de frissons : la malade continue son service quoique se trouvant fatiguée.

Le samedi, six jours après le premier symptôme ressenti, des frissonnements se produisent pendant une partie de la journée, la température est à 38°4.

Le lendemain, rachialgie intense, bourdonnements d'oreilles, vertiges, anorexie absolue. Température vespérale, 39°8.

Le lundi enfin, les phénomènes généraux augmentent : la station debout est impossible, la malade prend le lit ou plutôt ne peut se lever. Le soir, la température est de 40°. C'est alors que la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu annexe. Elle arrive dans l'état suivant :

Sur l'abdomen, la poitrine et le dos, sont uniformément réparties des taches rose vif, s'effaçant sous le doigt, à contours légèrement festonnés et faisant une saillie appréciable. La langue est épaisse, pâteuse; la malade accuse un goût très désagréable dans la bouche : la soif est intense et continuelle. Le ventre souple n'est pas douloureux. Les selles absentes depuis quelques jours reparaissent sous l'influence d'un purgatif et sont très fétides quoique présentant à peine le caractère diarrhéique. Les appareils pulmonaire et circulatoire ne présentent rien de caractéristique.

L'urine donne par le réactif de Tanret un léger nuage albumineux. La température est de 40°.

Du 17 au 19 octobre, l'état est stationnaire. La diarrhée s'accuse. La température est en plateau avec rémissions matutina-

les d'un demi degré. La soif et la céphalalgie sont toujours très marquées.

20 octobre. — La malade tousse un peu : l'auscultation révèle quelques râles de bronchite. La température s'étant élevée le soir à 40°,5, on commence à donner des bains froids que la malade prend avec plaisir. Un peu de délire, tranquille pendant la nuit. Surdité très marquée.

23 octobre. — Sous l'influence des bains la température est revenue à son plateau initial. Beaucoup de taches ont disparu sans laisser de traces ; quelques-unes seulement dans le dos sont devenues pétéchiales. La diarrhée diminue ; le délire persiste mais tranquille.

26 octobre. — A 11 heures du soir, le thermomètre descend à 38°, puis remonte presque aussitôt à 39°,5.

29 octobre. — Chute de la température en six heures de 39°,5 à 36°,4. Les urines deviennent très abondantes et chargées de phosphates. Les troubles nerveux cessent en même temps et la malade entre en convalescence.

A partir de ce jour, la température se maintient à la normale. La malade se montre constipée à plusieurs reprises et à chaque fois les selles reprennent sous l'influence d'un laxatif léger. Les forces sont cependant lentes à revenir : la surdité persiste. Les urines examinées dix jours après la crise ne présentent plus d'albumine.

Cette malade entre donc à l'hôpital le mardi, 16 octobre, au début de sa période d'état, l'éruption ayant appar  la veille. La période d'invasion est nettement indiquée chez elle par la rachialgie, les frissons, l'élévation de la température : elle a commencé le vendredi ou le samedi précédent.

Nous sommes en droit de rapporter à la période d'incubation les symptômes ressentis entre le lundi et le vendredi, soit pendant cinq jours. Est-ce dire que nous pouvons dans ce cas connaître la durée de cette période ? La seule conclusion à tirer est qu'elle fut d'au moins cinq jours, peut-être fut-elle plus longue, le début serait alors passé inaperçu. Anorexie, céphalalgie, agitation, résument chez elle cette période. Parfois, il existe, au contraire, de l'abattement plus ou moins marqué, une lassitude extrême, des frissonnements répétés avec embarras gastrique. Diarrhée et constipation se rencontrent à peu près en nombre égal : nous retrouverons ces symptômes et les étudierons longuement aux périodes plus avancées.

Dès ce moment, on aurait observé de l'injection des conjonctives.

La durée de l'incubation paraît fort variable.

Dans notre observation précédente elle serait supérieure à cinq jours. La moyenne est d'un septennaire. Elle atteindrait 12 jours dans quelques cas, tandis que d'autres fois l'affection débiterait en quelque sorte d'emblée : ces cas sont cependant rares et indiquent une gravité spéciale dans l'évolution de la maladie.

Invasion. — Les premiers symptômes subjectifs éprouvés par les typhiques sont difficiles à préciser. Le plus souvent, en effet, sauf dans les cas de contagion intérieure ils ne sont pas observés à l'hôpital, et même dans de pareilles circonstances, la conscience promptement obnubilée du malade est un obstacle invincible à l'interrogatoire. De plus, les souvenirs rétrospectifs des conva-

lescents sont parfois nuls, souvent incomplets, toujours sujets à caution. C'est encore notre observation précédente qui nous a fourni le plus de détails (Obs. II) sur cette période.

Les auteurs s'accordent généralement à décrire au typhus exanthématique un début brusque, presque foudroyant.

Sans aucune manifestation antérieure le sujet tomberait en 24 ou 36 heures dans l'adynamie et la stupeur et sa température s'élèverait du soir au matin de 37 à 40°.

Ce mode de début paraît assez bien se rapporter à l'observation V.

Un vagabond sans domicile est recueilli sur un banc des Champs-Élysées, répond qu'il vient d'éprouver des vertiges et un violent frisson, est apporté à l'hôpital claquant des dents et le soir même a du délire violent et 40° de température.

Plus fréquemment cependant, si le début est brusque et survient en pleine santé, la période d'invasion s'échelonne et prend une durée de quelques jours, pendant lesquels se succède l'apparition des symptômes. La durée de cette période d'invasion serait de trois à sept jours suivant les auteurs : Gillet la fixe à trois ou quatre, Battarel à quatre ou sept. Thoinot précise à quatre jours.

Les troubles nerveux ouvrent ordinairement la scène et cette période du typhus exanthématique ne diffère pas sensiblement à quelques détails près de celle de la plupart des maladies infectieuses. La céphalalgie qui s'est souvent montrée comme prodrome ne fait que s'accroître

et peut devenir intolérable : c'est une sensation de pesanteur frontale, de douleur rétro-oculaire s'accompagnant de vertige et d'éblouissements fréquents.

Le délire est souvent précoce, il peut être un des signes initiaux du typhus : plus souvent cependant on le voit apparaître à la période d'état en même temps que l'éruption. Au début ce délire est tranquille, continu, sorte de marmottement ordinairement professionnel : nous l'avons vu éclater violent le premier jour chez un alcoolique (Obs. IV). Si le malade ne délire pas, il tombe parfois dans un état rappelant l'ivresse, avec excitation et turgescence de la face.

Le frisson suit de près ou même précède la céphalalgie, comparable souvent au frisson violent et prolongé avec claquement de dents de la pneumonie, il peut se répéter plusieurs fois dans le jour ou même pendant plusieurs jours. Tous les degrés paraissent avoir été observés et l'on trouve aussi bien au début du typhus le frisson unique et prolongé ou les petits frissonnements répétés s'accompagnant parfois de point de côté rappelant le début de la pleurésie.

Comme troubles généraux on observe fréquemment encore la rachialgie, la courbature généralisée, les douleurs articulaires, ou enfin une faiblesse extrême dans tous les muscles, qui se localise parfois aux membres inférieurs.

Cet état nerveux est continu, il ne s'améliore pas la nuit et provoque l'insomnie absolue ou un état de demi-sommeil accompagné de cauchemars terrifiants.

A cette période de son affection le typhique présente

ordinairement une injection marquée des conjonctives : les yeux sont brillants, larmoyants, la face turgide et souvent couverte de sueurs. Le catarrhe oculaire s'étend aux fosses nasales : il existe du coryza. Enfin dès ce moment la surdité peut être absolue, si elle ne l'est pas il est fréquent que le malade souffre de bourdonnements, de tintements d'oreille, paraissant lui être extrêmement pénibles.

L'anorexie et une soif intense sont de règle. Si l'on ajoute que le pharynx est sec, la bouche pâteuse, recouverte d'un enduit blanchâtre, pleine d'amertume, que dans ces conditions la déglutition est toujours difficile, parfois impossible, on comprend la torture qu'éprouve le patient dévoré par une soif ardente, réclamant à boire par ses cris ou ses gémissements et ne parvenant que peu ou pas à déglutir le liquide qu'on lui présente.

On considérait autrefois la constipation comme de règle dans le typhus et c'était même un des principaux moyens de diagnostic avec la fièvre typhoïde : sans doute la constipation existe assez souvent mais nous verrons plus loin qu'elle est loin d'avoir l'importance qu'on lui avait accordée et que les typhiques présentent presque aussi souvent une diarrhée sans caractères marqués, ordinairement verdâtre et bilieuse.

L'abdomen est indolent aussi bien au repos qu'à la pression ; généralement il n'existe pas de météorisme ; une seule fois nous avons vu ce symptôme bien marqué (Obs. VII) chez un malade dont l'autopsie vint du reste confirmer pleinement le diagnostic.

Les urines sont celles de tous les fébricitants : rares

et colorées ; dans les quelques cas où il nous a été donné de les examiner à cette période, nous les avons presque toujours trouvées albumineuses.

Le pouls est large, fréquent, mou et dépressible. Le nombre des pulsations est fort variable mais oscille en général entre 90 et 125. Nous avons observé le chiffre de 140 c'est-à-dire un pouls presque incomptable. La rapidité des pulsations est du reste sujette à des variations nombreuses chez le même malade. Fréquemment nous avons remarqué que le moindre mouvement, le seul fait de faire asseoir le malade par exemple les augmentait de 20 à 30° à la minute.

La rate est suivant les cas normale ou augmentée de volume.

Les signes bronchitiques manquent ordinairement mais non toujours. Stokes a observé en Irlande que le typhus fever s'est montré dans la plupart des cas accompagné dès les premiers jours de symptômes bronchitiques des plus manifestes : c'est une toux rare, pénible avec crachats muqueux. A l'auscultation quelques râles muqueux ou sibilants disséminés. Enfin la percussion dénote déjà dans plusieurs cas un certain degré d'hypostase.

Quelques auteurs seulement signalent les épistaxis ; elles seraient très rares, nous en avons observé un cas. (Obs. XXXIII).

Période d'état.

Symptômes cutanés. — Eruption. — La période d'état de l'évolution du typhus exanthématique s'annonce par

l'apparition de l'éruption. Toute autre distinction entre cette période et la précédente est factice et nous y trouverons les mêmes symptômes plus accentués. Dans les cas, rares il est vrai, où le typhus évolue sans éruption, rien ne distingue la période d'état de la période d'invasion.

Doit-on décrire un typhus sans exanthème ? Les auteurs anglais le font et le diagnostic de l'affection se fonde alors surtout sur les données épidémiques : il est facile de comprendre, en effet, et nous y reviendrons, combien l'affirmation du typhus est incertaine tant que l'élément caractéristique en est absent. Quoi qu'il en soit, l'éruption constitue la grande majorité des cas et Thoinot en donne comme moyenne 92, 2 0/0.

Mais, si telle est la fréquence de l'éruption, il faut savoir qu'ordinairement bien marquée et facilement constatable, elle est parfois peu apparente et a besoin d'être recherchée avec soins. Dans toutes nos observations, il nous a été possible de la constater à des degrés fort divers, il est vrai, et plus ou moins fugace.

Marquant la réaction organique contre l'infection typhique, l'exanthème apparaît du quatrième au septième jour suivant Fracastor, du quatrième au cinquième d'après Murchison. Stewart de Glasgow lui assigne le sixième jour. On l'aurait vu apparaître seulement neuf jours après le début de l'élévation thermique.

Très abondante, l'éruption exanthématique envahit toutes les parties du corps, la tête et le cou exceptés.

Les auteurs sont à peu près unanimes à ce sujet, tout au plus et chez l'enfant l'a-t-on vue empiéter légèrement

à la base du cou. Même dans ce cas elle débute le plus souvent par la face antérieure de l'aisselle, gagnant ensuite les côtés de l'abdomen, la poitrine et le dos.

Tels sont en général les points successivement et parfois les seuls envahis. En dehors d'eux, l'exanthème gagne indifféremment les épaules, les bras, les mains et les membres inférieurs. Dans quelques cas il aurait débuté par la face dorsale des mains sur lesquelles il resterait alors bien marqué. Quel que soit son mode de début, il se développe en une seule poussée : cette distinction est importante avec les taches rosées lenticulaires de la dothiéntérie. Cette poussée peut durer deux ou trois jours mais ce temps passé et à moins d'une rechute rare et improbable, l'exanthème n'augmentera plus, il se transformera.

Quelques auteurs décrivent dans le typhus deux sortes d'exanthème : l'un pétéchiâl, l'autre morbilliforme. Cette distinction peut prêter à la confusion, en ce sens qu'on pourrait les considérer comme d'origine différente, alors qu'ils ne sont que les diverses phases d'un même processus. Les pétéchies siégeant au centre de l'éruption morbilliforme ne sont qu'une transformation plus ou moins marquée de celle-ci et suivant les cas il y aura prédominance de l'une ou de l'autre, en raison de la gravité du cas. Murchison donne en effet « l'abondance de l'éruption, sa couleur et la rapidité de son passage à la teinte purpurique comme étant en raison directe de la gravité de l'affection ».

L'exanthème morbilliforme apparaît comme des taches irrégulières, à bords plus ou moins frangés ou déchiquetés.

tés, et séparés en raison inverse de leur abondance par des intervalles de peau normale. A la vue ces papules ne paraissent pas surélevées mais leur caractère papuleux lorsqu'elles sont bien marquées se révèle plus facilement au contact : une pression même légère les fait disparaître ou pâlir considérablement. Leur diamètre varie de 1 à 2 millimètres, elles sont parfois confluentes et forment des placards de teinte uniforme. Leur coloration est rose vif, rose sombre ou amaranthe, leurs contours nettements distincts de la peau voisine.

Elles s'effacent complètement après la mort. Au bout de quatre ou cinq jours la coloration rosée brunit de plus en plus et la pression ne suffit plus alors à les faire disparaître ; il est à remarquer qu'elles ont souvent perdu à ce moment leur caractère papuleux, ce ne sont plus que de simples macules brunes, cuivrées ou livides et non appréciables à la palpation : ce sont ces taches que les Anglais appellent « dark, livid, semi-petechial ou pseudo-petechial eruption ».

Dans les parties déclives du corps et en certains points de prédilection comme le dos, les papules que nous venons de décrire deviennent plus larges et plus foncées. Leur transformation ultérieure aboutit souvent, surtout dans la région lombaire, à de véritables ecchymoses pouvant présenter des dimensions considérables.

La durée totale de l'exanthème n'est pas en rapport avec celle de la maladie, et l'on assiste souvent à une transformation pétéchiale précoce chez un malade dont l'affection doit être longue. On a également signalé une rémission dans la fièvre à l'apparition de l'exanthème ;

ce fait, du reste mis en doute par beaucoup d'auteurs, est contredit par nos observations.

La transformation pétéchiale de l'exanthème survient au huitième ou dixième jour de l'affection. La tache morbilliforme devient pourpre et au centre apparaît un point de teinte purpurique nettement hémorrhagique.

La tache présente alors la forme d'une lentille irrégulière ou arrondie, non surélevée et ne palissant que peu au point à la pression: rien ne ressemble davantage à la pétéchie typhique qu'une vulgaire piqure de puce.

Mais l'évolution pétéchiale n'est pas la terminaison obligée de l'exanthème; dans les cas légers en particulier, il est fréquent de voir l'éruption demeurer morbilliforme et disparaître sans transformation.

La pétéchie une fois constituée évolue comme le purpura ordinaire, d'abord pourpre foncé elle prend successivement les colorations vineuse, puis rouge brun, brique ou brun foncé, pour disparaître ensuite au bout d'un temps plus ou moins long, variant entre trois et neuf jours. Comme pour l'exanthème morbilliforme, c'est au dos que les pétéchies présentent le maximum de quantité et d'éclat: c'est en ce point qu'on devra surtout les rechercher après avoir soigneusement exploré les plis de flexion des membres.

Les pétéchies ne disparaissent pas complètement sur le cadavre; la tache purpurique pâlit mais reste apparente. Sur le convalescent on observe parfois à leur suite une fine desquamation furfuracée sans caractère particulier.

Pour Stewart la transformation pétéchiale de l'exan-

thème n'est pas un véritable purpura : celui-ci s'observerait rarement dans le typhus.

Enfin, outre ces taches : exanthème morbilliforme et pétéchie, Jenner en signale d'autres plus pâles imparfaitement dessinées et se confondant souvent les unes avec les autres. On les dirait situées profondément sous l'épiderme (*subcuticular rash*). L'éruption ainsi composée donne à la peau un aspect tigré.

Elle a été désignée par Jenner sous le nom de mulberry rash (éruption muricolore) : il semblerait en effet alors que le corps des malades a été frotté avec du jus de mûres (Charcot).

Phénomènes généraux ou typhiques. — La dominante des symptômes nerveux est la stupeur (τυφος). La stupeur du typhique n'est pas celle du typhoïdique et un œil exercé peut souvent les distinguer immédiatement.

La face du typhique est congestionnée, rouge ou rouge sombre ; elle peut être livide ou cyanosée. L'injection des conjonctives est très marquée dès le début et s'observe d'une façon à peu près constante. La turgescence de la face se maintient pendant toute la durée de l'élévation thermique ; au moment de la défervescence, elle fait place brusquement à un aspect d'hébétément particulier : les traits tirés, le visage anémié, les paupières entr'ouvertes, découvrant les globes oculaires de teinte jaunâtre ou sanguinolente.

Les symptômes nerveux sont ceux du début plus accentués : insomnie, céphalalgie, vertige, rachialgie, délire.

L'insomnie est constante et tenace. Elle se continue jusque pendant et même après la convalescence et cons-

titue un des symptômes les plus douloureux du typhus. La céphalalgie est frontale, temporale ou sous-orbitaire, souvent non localisée. Elle cesserait vers le huitième jour à l'apparition du délire. La rachialgie et les vertiges sont surtout des phénomènes de début. Les malades éprouvent souvent des douleurs musculaires ou une faiblesse extrême amenant l'impuissance absolue de se mouvoir. Par contre, cette torpeur fait parfois place à une hyperexcitabilité musculaire avec convulsions que nous avons surtout observées chez les alcooliques.

Chez ces derniers comme du reste chez la plupart des typhiques le délire est la règle. Revêtant les diverses formes du délire aigu alcoolique, ou au contraire, du délire tranquille si souvent observé dans la dothiéntérie, le délire typhique se montre d'autant plus précoce et intense que le cas est plus grave. Il peut éclater dès le début mais se montre plus fréquemment vers le huitième jour. Il est alors continu avec exacerbation nocturne, souvent professionnel.

Hildenbrand (1), a magistralement décrit cet état particulier et le nom de typhomanie d'Hildenbrand est resté pour le désigner.

« Les malades rêvent sans dormir; lorsqu'ils sont à demi endormis, ils gesticulent sans cesse; il délirent avec une singulière incohérence sur des objets extérieurs, au milieu d'occupations continuelles, d'impressions intérieures, confondant les unes avec les autres. C'est par là que se distingue principalement l'état de stupeur du typhus

1. Hildenbrand, *Du typhus contagieux*. Trad. de Gasc., p. 70.

de tous les autres états analogues. Ils ont aussi des idées fixes, ils ne délirent pas toujours, mais ce qu'ils font de raisonnable passe comme un songe : je ne crains pas de comparer cet état au somnambulisme. »

En même temps, le malade est souvent agité d'un tremblement généralisé et surtout marqué aux mains, se manifestant aussi bien au repos que dans les mouvements inconscients auxquels se livre le typhique. Les soubresauts des tendons ne sont pas rares, l'agitation est extrême, tout en un mot montre l'état d'excitation dans lequel se trouve le système nerveux. Cet état se maintient jusqu'à la convalescence et cesse brusquement avec la défervescence fébrile. Si la terminaison doit être fatale il est ordinairement remplacé par le coma.

Le malade tombe dans l'impassibilité absolue, la bouche est entr'ouverte, les lèvres et les dents fuligineuses, la langue saburrale ou épaisse et sèche, plus tard rôtie et fendillée, tremblante. L'inconscience est complète et le malade réfractaire à toute excitation extérieure. Dans cet état la fétidité de l'haleine est souvent atroce et tout le corps du typhique dégage cette odeur particulière de putréfaction dont aucune comparaison (souris, paille pourrie) ne peut donner une idée exacte.

Symptômes digestifs.

Nous venons de voir l'état de la langue et de la bouche : les autres symptômes digestifs se résument en deux mots : constipation, diarrhée. Sauf de rares exceptions,

en effet, l'abdomen est souple, non douloureux, les annexes de l'appareil digestif ne présentent rien de particulier.

Jusqu'à ces derniers temps, typhus signifiait constipation absolue, et cela ne laissa pas de dérouter quelques praticiens lorsqu'en 1893, on publia des cas de typhus avec diarrhée. Les classiques les plus récents admettent la constipation opiniâtre et résistant aux purgatifs pour le début du typhus, constipation qui à une période plus avancée pourrait être suivie par de la diarrhée qui dans quelques cas plus rares existerait seule et dès le début : dans tous les cas, il n'existe en général, ni météorisme, ni gargouillement.

Cette diarrhée avait été déjà observée et voici comment on l'expliquait (1) : « La diarrhée avec la tympanite se rencontre assez souvent. Elle semble influencée par le régime de telle sorte qu'elle apparaît plus souvent dans certains milieux que dans d'autres pendant la même épidémie. Cette étiologie est utile à se rappeler pour ne pas tomber dans l'erreur de croire à une forme spéciale de la maladie. Ainsi, à l'hôpital des fiévreux de Londres, la diarrhée a été observée sur plus d'un tiers des cas qui ont été soignés dans ces dernières années. En 1856 la diarrhée faisait presque toujours défaut. Il en est de même dans l'épidémie qui a récemment sévi à Liverpool. A Londres même, à la même époque le symptôme était absent dans les formes observées dans certains workhou-

1. Reynols (*System of medicine*) in Cecile Leder. Th. Paris, 1893.

ses. Ces dérangements de corps étaient probablement dus à l'excès d'alimentation liquide que prescrivait certains médecins et qui ne pouvaient être supportés par l'estomac malade ».

Sur les 39 typhiques que nous avons eus à soigner les troubles digestifs ont été ainsi répartis :

Constipation	13
Diarrhée.	18
Constipation suivie de diarrhée.	8

Est-il besoin de faire entrer en ligne de compte le régime alimentaire pour expliquer la diarrhée ? C'est peu probable, et d'ailleurs l'explication ne s'appliquerait qu'aux cas où la diarrhée a suivi la constipation et nullement à ceux où elle a existé d'emblée. Serait-ce alors une forme spéciale de la maladie ? Sans aller jusqu'à décrire un typhus avec constipation et un typhus avec diarrhée, qui sont bien manifestement la même maladie, n'est-il pas plus simple de supposer qu'il y a là une forme spéciale de réaction de l'organisme et peut-être d'élimination des produits toxiques. De même que l'éruption sera plus ou moins marquée, de même la sécrétion intestinale sera plus ou moins abondante, et par là, pourront s'observer tous les degrés entre la constipation la plus absolue et la diarrhée profuse. Objecter que les matières intestinales ne contiennent pas de substances contagieuses, parce fait que l'on n'a pas observé la contagion par l'eau, n'infirmes en rien l'excrétion possible de produits qui, pour n'être pas des germes virulents, peuvent parfaitement être des substances toxiques pour l'individu qui les porte.

Quelle qu'en soit l'explication, le fait n'en reste pas moins : que dans près de la moitié des cas, on observe de la diarrhée pendant tout le cours du typhus et que (du moins dans notre statistique), la diarrhée a suivi la constipation dans un cinquième des observations. Lorsque la constipation existe, elle se montre souvent rebelle aux purgatifs, ce qui prouverait encore que le régime alimentaire n'y est pour rien.

Symptômes circulatoires. — Le pouls d'abord large et dépressible devient souvent petit, parfois dicrote. La fréquence atteint dans quelques cas extrêmes 130 pulsations à la minute. Quant aux signes cardiaques : diminution de l'impulsion, rythme fœtal, ce sont des signes de véritables complications dont nous n'avons pas à parler ici.

Symptômes respiratoires. — Sont presque nuls s'il n'existe pas de complication : l'accélération du mouvement respiratoire est un phénomène fébrile. Quant aux râles muqueux, matité aux bases, hypostases ; ce sont des complications.

Appareil urinaire. — Les urines sont rares et rouges. Nous avons été fort surpris de voir l'auteur d'une thèse assez récente déclarer que les urines ne contiennent pas d'albumine. A part quelques cas de peu de gravité, nous avons presque toujours trouvé à un moment ou à l'autre de l'albumine dans les urines des typhiques, et cela souvent dès le début. Cette albuminurie disparaissait parfois au début de la convalescence, dans quelques cas, elle persistait plus de quinze jours encore ; enfin, quelques

malades sont sortis après un mois de convalescence et ayant encore les urines albumineuses.

Nous aurons signalé tous les symptômes de cette période d'état lorsque nous aurons dit que la surdité persiste ordinairement absolue et qu'il existe assez souvent de l'hypéresthésie de la peau, surtout chez la femme et l'enfant.

Période critique.

Voici donc le malade arrivé vers le douzième jour de son affection, du douzième au dix-septième (Talamon) au quatorzième (Anglais) : le moment approche de ce que les anciens appelaient justement la période critique, et pour le typhus plus que pour toute autre maladie, c'est une véritable crise qui marque le début de la convalescence. Stewart décrit en ces termes ce moment solennel et si impatiemment attendu de la maladie : « On a quitté la veille au soir son malade avec les yeux vitreux, les traits hagards, délirant et marmottant à voix basse des mots incohérents : il était dans la stupeur, presque dans le coma ; il tremblait, avait des soubresauts des tendons, de la carphologie, des intermittences du pouls, tout semblait indiquer dans ce cortège de symptômes formidables une fin prochaine, et le matin, on le trouve l'œil éveillé, l'air intelligent, le pouls lent et ferme, demandant à manger. » Et Billot : « Tel malade, qui aujourd'hui est dans un état désespéré pour le médecin, sera demain en pleine convalescence. » C'est en effet un revirement absolu, une vé-

ritable résurrection, seulement comparable à ce que l'on observe parfois dans la pneumonie, qui marque ce passage.

Chute de la température, sudation abondante, sommeil réparateur arrivent en même temps. Comme il était facile de le prévoir, la quantité d'urine augmente rapidement et souvent l'albumine disparaît pour reparaitre quelquefois dans le cours de la convalescence. Enfin, la bouche se nettoie, l'appétit revient et le malade ne demande plus qu'à réparer son jeûne forcé, ce qui peut lui être accordé sans danger.

Nous avons plusieurs fois remarqué ce fait : la quantité de nourriture absorbée par certains convalescents. Quelques-uns ne faisaient que manger, et cela, non-seulement le jour, mais la nuit : un régime spécial de famélique leur était indispensable, et nous n'avons jamais observé le moindre trouble du fait de cette alimentation intensive.

Même avec un tel régime réparateur la convalescence est souvent longue et peut être interrompue par des complications secondaires. A côté de celles-ci il faut penser à la rechute possible dont nous avons observé un cas (Obs. XXXVII) : le fait est cependant fort rare. Thoinot n'en a observé qu'un cas à l'île Tudy, Barallier donne le chiffre de 11 rechutes sur 1058 typhiques. La surdité persiste souvent.

Mais la crise qui doit amener la convalescence ne se produit pas toujours et la mort est trop souvent la terminaison du typhus exanthématique.

La mort peut survenir à toutes les périodes.

Dès le début, elle peut précéder l'éruption. Lorsque le

cas est aussi grave, à la suite du frisson initial paraissent les signes suivants : la face est pâle ou livide, les extrémités sont froides, la respiration est difficile, irrégulière ; il y a une anxiété extrême, l'abattement des forces est porté à son comble, le pouls est fréquent, petit, serré, inégal bientôt presque imperceptible, et le malade meurt sans qu'il se soit présenté aucun signe de réaction (Charcot).

Plus tard au moment où devrait arriver la période critique, la mort peut survenir dans le coma : la stupeur et la typhomanie se prononcent de plus en plus, le cœur d'abord plus énergique faiblit progressivement. L'impulsion cardiaque peut devenir si faible qu'on la perçoit à peine sous forme d'une sensation vermiculaire : elle disparaît d'abord à la pointe et à gauche. Le bruit systolique s'affaiblit de même progressivement, le cœur devient irrégulier, ou prend le rythme fœtal lorsque les pulsations atteignent 130 et bientôt la mort arrive dans le collapsus.

Enfin il est à peine besoin de signaler la mort possible par toutes les complications cardiaques (syncope, asystolie aiguë) respiratoires (asphyxie mécanique, pneumonie) ou autres (eschares étendues, etc...)

OBSERVATION III

Sout... Henri. âgé de 24 ans, journalier, sans domicile, conduit à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 18 juin. Décédé le même jour.

Entré dans le coma, sans qu'il soit possible de connaître aucun antécédent, ce malade porte sur tout le corps sauf la

face et le cou une éruption franchement pétéchiale presque confluyente formant à la partie postérieure du thorax et sur le sillon lombes des taches marbrées ecchymotiques.

Le coma est complet, la langue noire et rôtie, tremblante, l'haleine fétide, la face turgescente et les yeux larmoyants. Le ventre est souple, il ne paraît pas exister de diarrhée. La température est de 40°.

Le pouls est à 130. Le cœur présente des intermittences fréquentes. Une toux violente semble parfois tirer le malade de sa torpeur, malgré ce symptôme l'auscultation ne révèle que quelques sibilances. Urines albumineuses.

Le cœur faiblit, le pouls devient incomptable, le coma devient absolu et le malade finit de mourir huit heures après son entrée.

Nécropsie. *Encéphale* normal. *Cœur* mou, presque décoloré et nettement dilaté, caillots agoniques nombreux. Liquide péricardique en assez notable quantité. *Poumons* légèrement congestionnés aux deux bases. L'intestin et les autres organes présentent une intégrité absolue.

OBSERVATION IV

G... Léon, âgé de 25 ans, tailleur d'habits, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 3 juillet 1874. Décédé le même jour.

Ce malade a eu la fièvre typhoïde il y a quatre ans.

Alcoolique. A son entrée il présente une éruption pétéchiale à la région dorsale du tronc. Exanthème discret et qui semble en voie de régression sur l'abdomen et la face interne des cuisses. Atteint depuis six jours, cette éruption était jusqu'à présent passée inaperçue.

Diarrhée depuis le début. Pas de météorisme. Le cœur bat

110 pulsations. Le pouls est faible mais nettement dicrote. Le malade tousse un peu. L'auscultation fait entendre des râles fins aux deux bases, qui surtout à droite présentent une submatité manifeste.

Délire continu et violent principalement la nuit depuis trois jours. Les conjonctives sont injectées, la face turgescence. La température est de 40°.

Deux heures après son entrée, le malade tombe dans le coma. Le pouls devient incomptable. Le thermomètre monte à 41°,6 et la mort arrive à 10 heures du soir.

Nécropsie. — Montre l'intégrité absolue de l'appareil intestinal. Le foie est congestionné. La rate petite et dure. Les poumons sont gorgés de sang aux deux bases. Environ 500 grammes de liquide séreux dans les plèvres.

Les autres organes paraissent sains.

OBSERVATION V

Car... Jean-Baptiste, âgé de 56 ans, garçon de cuisine, sans domicile, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 3 juillet 1894.

Décédé le 4.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Ce malade est conduit à l'hôpital par la police qui l'a trouvé râlant au milieu de la nuit sur un banc des Champs-Élysées.

Taches rosées à bords irréguliers occupant tout le corps sauf la face, surtout abondantes sur l'abdomen et dans le dos.

La langue est sèche et rôtie, la diarrhée abondante. Il n'y a pas de météorisme abdominal.

Râles muqueux à la base du poumon droit. Respiration stertoreuse.

Le pouls bat 112, il est bondissant et dicrote. Le cœur est irrégulier. Les urines sont fortement albumineuses.

Délire tranquille, marmottement continu. Le malade ne répond que difficilement à l'interrogatoire, après plusieurs questions et toujours d'une façon confuse.

La température est de 40°.

Sur le soir le délire augmente puis cesse complètement pour faire place au coma. La température reste stationnaire. Le cœur se ralentit et la mort survient le 4 au matin.

Nécropsie. — Tractus intestinal normal. Reins petits et pâles. Rate diffluente. Congestion du lobe inférieur des poumons. Œdème cérébral. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION VI

Gen... Eugène Léon, âgé de 27 ans, serrurier. Entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 31 mai 1894. Décédé le 3 juin.

Fièvre typhoïde dans la jeunesse.

Le début de la maladie remonte au 25 mai. Le malade fut pris de courbature, d'inappétence absolue et de frissons répétés. La céphalalgie devint dès le lendemain violente et le malade vomit plusieurs fois dans la journée.

A son entrée il présente des taches rosées à bords nettement limités, légèrement surélevées et s'effaçant complètement sous le doigt, non confluentes. Elles siègent sur tout le corps sauf la face et les régions palmaire et plantaire. Le malade vomit encore le jour de son entrée, puis les vomissements cessent. L'intolérance gastrique est absolue le premier jour. La diarrhée est profuse.

Expectoration visqueuse abondante. Râles muqueux aux deux bases.

Le pouls bat 110 pulsations, il existe de fréquentes intermittences. Les urines sont albumineuses. La température est à 40°,6.

Délire tranquille et continu. Surdité très marquée.

1^{er} juin. — Etat stationnaire de l'éruption. Le délire s'accroît et devient parfois violent pour s'apaiser ensuite. La surdité est complète. Le plateau thermique se maintient.

3 juin. — La diarrhée tend à diminuer mais devient extrêmement fétide. Incontinence d'urine et des matières fécales. L'exanthème devient pétéchial sur le dos.

3 juin. — La température décroît progressivement et atteint 38°, et le délire disparaît pour faire place au coma. En même temps les extrémités se refroidissent, les lèvres se cyanosent, la langue devient noirâtre et rôtie.

L'incontinence d'urine et des matières fécales continue. Les réflexes disparaissent. Les pupilles jusqu'alors très resserrées se dilatent progressivement et la mort arrive à 11 heures du soir avec une température de 38°,3.

Nécropsie. — Fines arborisations vasculaires sur la dernière portion de l'intestin grêle. Aucune trace d'ulcération. Les poumons sont congestionnés. Le cœur est de teinte feuille morte. Les autres organes ne présentent rien à signaler.

OBSERVATION VII

Ign. Hippolyte, âgé de 36 ans, porteur aux Halles, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 14 avril 1894. Décédé le 28 avril.

Ce malade éprouva il y a quinze jours de la céphalalgie avec des symptômes d'embarras gastrique pour lesquels il fut admis à l'hôpital de la Pitié.

Au moment de son transport au service d'isolement, il est dans un état d'agitation extrême: délire violent et soubresauts des tendons. L'éruption est seulement marquée sur le dos et l'abdomen: ce sont de petites taches irrégulières de teinte violacée.

La constipation est absolue, le ventre légèrement ballonné, mais le malade ne paraît ressentir à la pression aucune douleur dans la fosse iliaque. Pas de gargouillement.

La langue est sèche et fuligineuse.

Le cœur est irrégulier, ses pulsations sont violentes. Le pouls est fort, bondissant, dépressible. Dyspnée assez marquée mais aucun signe d'auscultation.

Les urines sont nettement albumineuses. La température est de 39°,6.

18 avril. — L'état général semble s'être amélioré. Le cœur est plus régulier. La dyspnée est moindre mais il existe des râles de bronchite dans la poitrine.

20 avril. — L'éruption a disparu. Le malade tombe dans une somnolence dont il est difficile de le tirer. La surdité est complète.

23 avril. — Le météorisme abdominal augmente. Le cœur devient de nouveau irrégulier. Le délire réapparaît pendant la nuit. La température est de 40°,6. La constipation persiste et résiste à tout traitement.

25 avril. — La température baisse progressivement. Le malade passe par des périodes très rapprochées de coma et d'agitation violente. Les battements cardiaques fléchissent. Les faux pas du cœur sont fréquents, le pouls est petit.

26 avril. — La diarrhée remplace la constipation: le météorisme abdominal disparaît. La température se maintient entre 39 et 40°.

27 avril. — Le coma devient définitif. Les pulsations cardiaques sont incomptables, le pouls filiforme.

28 avril. — Mort à 11 heures du matin avec une température de 40°.

Nécropsie. — Cœur dilaté, décoloré et très friable. Epanchement abondant dans les plèvres et le péricarde. L'intestin ne présente aucune lésion, non plus que les autres organes.

OBSERVATION VIII

Mel... Henri, âgé de 16 ans, imprimeur, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 28 juin 1891. Sorti guéri le 29 juillet.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

Le début de la maladie remonte au 17 juin. Il ressentit alors quelques frissons, de la céphalalgie, de l'inappétence complète et une diarrhée peu intense.

Admis primitivement à l'Hôtel-Dieu le 25 juin, il y reste quatre jours pendant lesquels sa température oscille entre 40 et 41. Le 28 juin, il est transporté au service d'isolement.

A son entrée on constate une éruption de taches rosées uniformément réparties sur tout le corps sauf la face.

Elles sont légèrement surélevées et s'effacent complètement à la pression.

La langue est saburrale et la diarrhée assez marquée. Pas de météorisme ni de douleur iliaque. La température est de 40°. Les autres appareils sont sains. Les urines ne sont pas albumineuses.

1^{er} juillet. — Amélioration. La diarrhée persiste. Les taches commencent à s'effacer sans devenir pétéchiales. La langue est toujours recouverte d'un enduit épais et l'haleine fétide. L'odeur typhique est très marquée. La température à 40° descend brusquement à 38° et remonte 4 heures après à 39°,6.

2 juillet. — La température est descendu dans la nuit de 39°,6 à 37°. L'éruption a disparu. Le malade demande à manger. La convalescence commence. Elle se continue sans incident et le malade sort guéri. Appétit dévorant pendant toute la convalescence.

OBSERVATION IX

Don... Léon, âgé de 41 ans, garçon de cuisine, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 27 juin 1894 ; sorti guéri le 19 juillet.

Pas d'antécédents héréditaires. Ce malade eut à l'âge de 26 ans une fièvre typhoïde très grave dont la convalescence dura quatre mois.

Début le 19 juin par ses crampes d'estomac, de l'inappétence absolue et un peu de diarrhée alternant depuis quelques jours avec de la constipation. En même temps, il souffre de frissons répétés et de céphalalgie. Cet état persiste, moins les frissons et le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 25 juin. Sa température est à ce moment de 40°,6. Deux jours après il est transporté au service d'isolement.

A son entrée, des taches rosées existent sur les membres du côté de la flexion et dans le dos, quelques-unes seulement sur l'abdomen. La langue est sèche et il y a un peu de diarrhée sans météorisme ni douleur iliaque. Les urines sont légèrement albumineuses, très colorées et peu abondantes. Les autres appareils sont sains. La température forme à 40° un plateau sans rémission.

29 juin. — La température baisse très légèrement le matin celle du soir est toujours à 40°. L'éruption est stationnaire.

30 juin. — La langue jusqu'alors sèche redevient humide. La diarrhée s'atténue.

3 juillet. — L'exanthème a presque complètement disparu, Légère somnolence. Surdité marquée. Température 39,5.

4 juillet. — Défervescence thermique à 37°. Expectoration visqueuse abondante. Les urines augmentent mais contiennent toujours de l'albumine. La langue se déterge. La convalescence commence. Guérison.

Sorti le 19 juillet : les urines sont normales.

OBSERVATION X

V... Charles, âgé de 19 ans, journalier, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Rog  r, le 13 mai 1894. Sorti guéri le 7 juin.

Antécédents personnels. — Pneumonie il y a deux ans.

Depuis huit jours le malade se plaint de céphalalgie, de courbature et de constipation.

Le 11 mai. — Frisson violent qui a duré plusieurs heures avec courbature généralisée. Le malade sans travail a pu sortir cependant et n'est rentré que fort tard : nouveaux frissons au milieu de la nuit ; nausées, vertige. Le 12, il ne peut se lever et est transporté le 13 au service d'isolement.

A son entrée il présente une éruption à peine marquée sur l'abdomen et le thorax surtout en arrière. Il existe de la constipation qui durerait depuis une dizaine de jours. Pas de météorisme ni de douleur iliaque.

Les yeux sont larmoyants, la face est turgesc  nte : léger coryza.

La langue est blanche, épaisse, saburrale.

L'appareil respiratoire présente une légère submatité au sommet gauche ; le malade tousse du reste souvent : tuberculose probable.

Le pouls est plein et régulier. La température est de 40°.

Délire léger et tranquille surtout la nuit ; le malade peut cependant répondre à l'interrogatoire.

Les urines sont rares mais pâles ; elles contiennent un peu d'albumine.

14 mai. — Le pouls a légèrement faibli. L'éruption a envahi les avant-bras et est plus marquée sur l'abdomen.

17 mai. — Délire tranquille et continu. Pupilles contractées. Pouls fait mais régulier. Quelques râles de bronchite. La température est toujours en plateau à 40°.

21 mai. — Les taches disparaissent en partie. Quelques-unes seulement deviennent pétéchiiales.

22 mai. — Le malade a plusieurs selles. Les urines n'atteignent pas 300 grammes en 24 heures et sont très albumineuses.

23 mai. — Le pouls est plus fort que les jours précédents. Le délire fait place à des périodes de calme.

24 mai. — La température descend à 37°, puis remonte à 39°. La diarrhée se montre avec un léger ballonnement. Le soir la température descend définitivement à 37°. Le malade sort de sa torpeur.

25 mai. — La diarrhée cesse, la langue redevient normale : la convalescence commence et se poursuit sans incident.

OBSERVATION XI

Ch... René, âgé de 44 ans, chiffonnier, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 30 juin 1894, Décédé le 5 juillet.

Antécédents inconnus. Le malade est apporté avec un délire violent : il cherche à quitter son lit où on est obligé de le maintenir de force.

Des taches rosées, déjà passées à l'état pétéchial en plusieurs points se montrent sur tout le corps sauf la face et le cou.

La langue est rôtie, la diarrhée est abondante avec un très léger ballonnement.

Râles muqueux disséminés dans les deux poumons. La base droite présente de la matité. Les sommets sont su bmats : il existe des craquements et du souffle au sommet gauche e au-dessous de la clavicule.

Le cœur est irrégulier, le pouls filiforme. La température est de 40°.

Les urines sont fortement albumineuses.

2 juillet. — Délire moins violent mais continu, la diarrhée persiste. La température ne présente pas de rémissions.

4 juillet. — Les pulsations cardiaques, sont à 120. La température baisse, les extrémités se refroidissent. Le délire fait place au coma.

5 juillet. — Coma absolu, mort à 6 heures du matin.

Nécropsie. — Intestin normal. Congestion très marquée des deux bases pulmonaires. Ganglions médiastinaux très développés. Il existe des tubercules dans les deux sommets et une caverne de la grosseur d'une noix au sommet gauche.

OBSERVATION XII

B... Mathurin, âgé de 42 ans, domestique, sans emploi depuis longtemps, habitant rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 1^{er} juillet 1894. Décédé le 2.

Antécédents inconnus. La maladie actuelle aurait débuté il y a huit jours : il est impossible d'avoir d'autres renseignements.

Les taches rosées, recouvrent tout le corps. Elles sont pétéchiales dans le dos et il existe une vaste ecchymose à la région lombaire.

La diarrhée est abondante, la langue sèche est rôtie, la déglutition est impossible. Les deux bases pulmonaires sont mates et on n'entend pas la respiration. Le cœur bat 104, le pouls est filiforme. Intermittences fréquentes.

Rétention d'urine: la sonde ramène une urine trouble et haute en couleur, très albumineuse.

La température est de 40°.8. Dès son arrivée le malade tombe dans le coma dont il ne sort plus.

2 juillet. — Le coma persiste, les extrémités se refroidissent, le pouls n'est plus perceptible. Mort à 7 heures du soir.

Nécropsie. — Intestin normal. Epanchement séreux dans les deux plevres et le péricarde. Cœur feuille morte. Foie congestionné. Autres organes sains en apparence.

OBSERVATION XIII

C... Paul, âgé de 53 ans, journalier, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 2 juillet 1894. Sorti guéri le 18.

Malade depuis huit jours, a ressenti dès le début une céphalalgie intense avec rachialgie et frissonnements répétés. Toux et point de côté. Diarrhée. Les frissons ne durent qu'une journée mais les autres symptômes persistent jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A ce moment, on constate la présence d'un exanthème rubéolique réparti uniformément sur tout le corps. Les taches ont des contours nets et ne sont pas confluentes. La diarrhée est abondante mais sans météorisme ni douleur iliaque à la pression. La langue est rôtie. Les pulsations cardiaques sont

faibles et irrégulières. La respiration est fréquente et saccadée, la base droite est submate.

Les pupilles sont ponctiformes. Le malade est prostré mais n'a pas de délire. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La température est à 39°.

4 juillet. — Le pouls a repris de la force et de l'ampleur. Il est légèrement dicrote. Il y a rétention d'urines. La diarrhée n'existe plus. Quelques taches sont devenues pétéchiales.

5 juillet. — Les taches dont la transformation pétéchiale ne s'est pas faite, ont en partie disparu. La température descend du matin au soir à 36°. La langue est encore sèche.

6 juillet. — Le malade a dormi paisiblement, il entre en convalescence. La langue est normale.

10 juillet. — Les urines sont légèrement albumineuses.

15 juillet. — L'albumine a disparu. Le malade reprend lentement ses forces.

OBSERVATION XIV

Car... Alceste, âgé de 34 ans, journalier, rue Maître-Albert
Entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 29 juin 1894. Sorti guéri le 14 juillet.

Ce malade a passé 4 ans au Tonkin où il eut des fièvres intermittentes.

Atteint depuis quinze jours, il se plaint d'abord de céphalée persistante, puis il y a huit jours, le 21 juin, il eut un frisson prolongé à la suite duquel il fut obligé de garder le lit ayant des vertiges et des nausées mais sans vomissement.

A son entrée, il présente une éruption discrète, ne se rencontrant guère que dans la région lombaire et à la face interne des cuisses. La diarrhée est légère sans météorisme. Les urines

sont albumineuses. La température est à 40°,6. Légère excitation cérébrale sans délire vrai. Pupilles contractées.

30 juin. — La température monte à 41°,4. La langue est sèche, le pouls bat 112, la diarrhée persiste. Délire tranquille.

1^{er} juillet. — Légère rémission thermique : le plateau se continue à 39°,5.

2 juillet. — Disparition des taches dont quatre ou cinq seulement sont franchement devenues pétéchiales.

3 juillet. — A 11 heures du matin, la température descend brusquement à 37°,2 et à 2 heures, elle a atteint de nouveau 39°.

5 juillet. — Le plateau thermométrique sans rémission marquée depuis deux jours présente à 11 heures du matin une nouvelle encoche en V. A cinq heures, la température est à 39°,6.

6 juillet. — Défervescence pendant la nuit. La diarrhée a cessé, la langue est redevenue normale.

7 juillet. — L'albuminurie a disparu. La convalescence ne présente pas d'incidents.

OBSERVATION XV

Mic... Anatole, âgé de 30 ans, journalier, rue de Bièvre, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 29 juin 1894. Sorti guéri le 13 juillet.

Pneumonie à l'âge de 18 ans.

Le début de la maladie remonte au 22 juin : frissons, céphalée, faiblesse dans les membres inférieurs, courbature, diarrhée.

Il est admis le 26 juin à l'hôpital Saint-Antoine et passe au service d'isolement de l'Hôtel-Dieu annexe le 29.

A son entrée, on constate un exanthème rose vif sur les membres du côté de la flexion et sur le dos des mains.

L'abdomen n'en présente que fort peu, mais il est bien marqué dans la région lombaire.

La langue est épaisse et saburrale, la gorge sèche rend difficile la déglutition. Soif intense. Diarrhée profuse. La température est à 39°,6. L'état général est bon. Les urines sont albumineuses.

30 juin. — La température monte à 40°,4. La langue se déterge, mais est un peu sèche. Somnolence et surdité complète.

3 juillet. — L'exanthème a disparu en partie. La température se maintient. La diarrhée a cessé. Encoche thermique en V à 5 heures du matin.

4 juillet. — Défervescence thermique. La langue redevient humide. Crise urinaire. La convalescence commence.

12 juillet. — Urines normales.

OBSERVATION XVI

B... Ernest, âgé de 53 ans, journalier, sans domicile. Entré à l'Hôtel-Dieu annexe, le 21 août 1894. Guérison.

Malade depuis dix jours, il entre d'abord à l'Hôtel-Dieu, où il reste quatre jours.

A son entrée, il présente un exanthème discret sur le thorax et l'abdomen. Constipation absolue. Langue épaisse et saburrale. Urines albumineuses. Bon état général.

22 août. — L'exanthème tend déjà à disparaître sans devenir pétéchial. Langue un peu sèche. Température 38°,6.

23 août. — Défervescence thermique. L'exanthème n'existe plus. Il n'y a plus d'albuminurie. La convalescence évolue dès lors normalement.

OBSERVATION XVII

G... Lucien, âgé de 27 ans, journalier, rue Maître-Albert.
Entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé
Roger, le 28 juin 1894. Sorti guéri le 18 juillet.

Eut en 1882 une fièvre typhoïde dont la convalescence dura
près de quatre mois.

Début le 24 juin par une céphalée intense, des vomissements,
de la toux et du coryza. La constipation est absolue depuis
cette époque.

A son entrée il présente des taches rosées, non confluentes
sur l'abdomen, le dos, les avant-bras, les cuisses, le thorax et
la base du cou. La constipation persiste, la langue est sabur-
rale. Le malade a quelques vomissements bilieux. La tempéra-
ture est de 40°.

Les yeux sont larmoyants, il existe du coryza. Râles sibilants
dans les deux poumons : expectoration visqueuse. Les urines
sont albumineuses.

29 juin. — La température atteint 40°,6. Délire.

Jusqu'au 3 juillet, l'état est stationnaire et la température en
plateau sans rémission matutinale. Conjonctives injectées. Sur-
dité.

4 juillet. — Les râles de bronchite ont disparu, ainsi que le
coryza.

5 juillet. — Disparition de l'exanthème. Le malade est abattu
et la langue est sèche.

7 juillet. — Encoche thermique en V à 8 heures du matin.

8 juillet. — Déferescence définitive. Langue normale. La
convalescence commence.

12 juillet. — Urines normales.

OBSERVATION XVIII

B... Nicolas, âgé de 52 ans, cantonnier, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 21 août 1894. Guérison.

Soigné depuis huit jours dans un hôpital de maladies générales, ce malade est transporté à l'isolement porteur d'un exanthème bien marqué seulement au dos et dont quelques taches sont devenues pétéchiales, les autres étant déjà en voie de disparition.

Diarrhée sans météorisme. Bon état général. Température 39°

Deux jours après son arrivée, la défervescence se produit brusquement et la guérison s'achève.

OBSERVATION XIX

L... Marie, âgée de 50 ans, journalière, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 10 septembre 1894. Guérison.

Malade depuis quatre jours, céphalalgie, prostration, perte absolue des forces et inappétence. Soignée d'abord à l'Hôtel-Dieu, elle est transportée à l'isolement, à l'apparition de l'exanthème.

A son entrée celui-ci existe seulement sur le thorax, il est peu marqué et s'efface complètement sous le doigt. Il y a de la diarrhée sans météorisme. La malade est toujours somnolente et la surdité est marquée. Urines légèrement albumineuses. Température 38°,6.

13 septembre. — L'exanthème disparaît sans prendre la teinte

pétéchiale. La langue est un peu sèche. La diarrhée n'existe plus. Le plateau thermique se maintient.

14 septembre. — Chute de la température en 24 heures. La langue redevient humide. Tous les autres appareils sont en bon état.

18 septembre. — L'albuminurie a disparu.

OBSERVATION XX

H... Louis, âgé de 30 ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu annexé, service de M. le professeur agrégé Roger, le 25 août 1894. Guérison.

Soigné dans un hôpital de maladies générales, ce malade est transporté à l'isolement vers la fin de sa période d'état. L'éruption peu marquée existe seulement dans le dos. Il y a de la constipation qui cède au bout de deux jours aux purgatifs. L'état général est bon. Les urines ne sont pas albumineuses. La température est de 38°,5.

27 août. — Chute de la température et évolution normale de la convalescence.

OBSERVATION XXI

D... Hyacinthe, âgé de 21 ans, journalier, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 3 octobre 1894. Sorti guéri le 23 octobre.

Malade depuis trois jours. Le début fut marqué par la céphalalgie et un frisson de courte durée.

A son entrée il présente une éruption légère sur tout le tronc. La langue est épaisse et blanchâtre. La constipation existe depuis le début. La température atteint 40°.

Les urines sont albumineuses et en petite quantité.

4 octobre. — Langue sèche. Délire tranquille et surdité presque complète. Le malade a dans la journée des efforts de vomissement.

5 octobre. — L'exanthème est plus marqué que le premier jour, il prend en plusieurs points la teinte cuivrée.

6 octobre. — La diarrhée succède à la constipation. Le délire s'accroît.

8 octobre. — Diarrhée profuse, La langue est toujours sèche, mais le délire a disparu et l'état général semble meilleur.

Température 39°.

9 octobre. — La température baisse rapidement à partir de 8 heures du soir et le lendemain, la défervescence est complète. Les autres symptômes disparaissent en même temps.

15 octobre. — La convalescence suit son cours. Les urines sont redevenues normales. Guérison.

OBSERVATION XXII

V... Marié, âgée de 35 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 29 septembre 1894. Guérison.

Malade depuis quatre jours. A ressenti des frissons avec un point de côté qui persiste encore. La céphalalgie est modérée.

A son entrée on constate un exanthème rubéolique sur le thorax et l'abdomen. La langue est sèche, la constipation absolue. Délire tranquille avec des intervalles de somnolence.

Température 40°,6. Urines albumineuses.

1^{er} octobre. — Transformation pétéchiale de quelques taches, les autres commencent à disparaître. L'agitation est plus marquée que le premier jour, la température est stationnaire. La langue est très sèche et la déglutition difficile.

3 octobre. — Légère rémission fébrile qui ne persiste pas. La diarrhée succède à la constipation.

4 octobre. — Le délire cesse. La surdité est complète. L'exanthème a totalement disparu. Douleur au moindre contact de la surface cutanée.

5 octobre. — Défervescence et disparition progressive des autres symptômes, sauf la surdité.

OBSERVATION XXIII

C... Auguste, âgé de 29 ans, cocher, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 8 août 1894. Sorti guéri le 28 août.

La maladie débute le 28 juillet par de la céphalalgie, la diarrhée et une fatigue extrême, surtout dans les membres inférieurs.

Il entre à l'Hôtel-Dieu le 7 août et est transporté le lendemain à l'isolement.

A son entrée il existe des taches rosées, s'effaçant sous le doigt, disséminées sur l'abdomen, le dos, la face interne des cuisses et les membres supérieurs.

La langue est humide mais noirâtre. Le ventre est souple sans météorisme, mais la constipation existe depuis huit jours.

Le malade tousse légèrement : auscultation négative.

Le pouls est lent et dicrote. Le malade a des sueurs abondantes.

Délire léger aussi bien le jour que la nuit. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. La température est de 39°,5.

9 août. — Exanthème diminue sans devenir pétéchial. Le délire augmente. La langue est sèche, la constipation persiste.

10 août. — Température stationnaire. L'exanthème a disparu, ainsi que le délire. La langue redevient humide. La constipation a cessé. Quelques sudamina.

12 août. — Déferescence thermique et disparition des autres symptômes. Le malade reste sourd.

15 août. — Les urines ne sont plus albumineuses.

Thermométrie

Le typhus exanthématique est une maladie cyclique à début brusque, à terminaison rapide, rien ne le démontre mieux que l'étude des courbes thermométriques. Nous nous sommes attaché pendant l'épidémie de 1894 à relever le plus exactement possible la température de nos malades. Pour cela le thermomètre a été placé d'une façon régulière chez tous les typhiques huit fois dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire toutes les trois heures. Nous avons noté de même la température avant et après les bains qui ont constitué à l'Hôtel-Dieu annexe la thérapeutique la plus active.

La courbe thermométrique des typhiques peut être divisée en deux périodes correspondant avec des variantes aux périodes d'acmé et de déclin de la fièvre typhoïde. La première période de cette dernière maladie, celle que Jaccoud a appelée la période des oscillations ascendantes, manque en effet complètement dans le typhus exanthématique.

Sans doute il ne nous a pas toujours été possible de prendre le tracé au moment de l'invasion, mais dans un cas au moins (Obs. II), nous voyons le thermomètre

marquer le premier jour de la maladie, avant même que la malade ait pris le lit $39^{\circ},8$: telle est du reste l'opinion de tous les auteurs. Pendant toute la durée de la période d'état, la température se maintient suivant les cas entre 39° et 41° sans rémission en présentant cependant une légère défervescence matutinale. Cette régularité se continue jusqu'au dixième, onzième ou douzième jour, c'est-à-dire jusqu'au moment de la crise. Charlier dans sa thèse met en relief un fait déjà signalé par Combemale : c'est la présence dans la courbe en plateau de la période d'invasion et d'état d'encoches en V. Les auteurs, dit-il, n'insistent pas sur cette particularité. Gillet n'en fait pas mention ; Martin qui l'a vue se produire une fois tout en ne prenant les températures que matin et soir, au lieu de la considérer comme un caractère de typhus semble accuser son thermomètre de l'avoir trompé. Bref c'est Combemale en 1893 qui a le premier signalé cette particularité.

Dans un certain nombre de courbes de typhiques qui ont guéri nous avons rencontré nettement ces encoches en V, et contrairement à ce qu'on pourrait supposer elles ne se sont pas toujours produites le matin, c'est-à-dire au moment où normalement la température est le moins élevée ; nous reproduisons à la suite de ce chapitre un tracé où elle est manifeste.

De plus, l'encoche en V signalée par Combemale ne nous a pas paru placée à un moment quelconque de l'évolution typhique : le plus souvent nous l'avons vue se produire la veille de la crise qui devait amener la guérison ; dans d'autres cas deux jours avant cette crise : elle sem-

blerait donc être un signe avant-coureur de la défervescence à venir et à ce compte pourrait être considérée comme un signe de bon augure (Obs. XXIV, XXVI, etc.).

Si le typhus doit se terminer par la guérison, il se produit au moment de la crise une chute rapide quoique graduelle de la température : c'est la deuxième période de la courbe, période fort courte de un ou deux jours au maximum après laquelle la température avoisine la normale ou demeure légèrement au-dessous. Pendant la convalescence en effet et surtout dans les huit premiers jours il est fréquent de voir la température se maintenir au-dessous de 37° , fait du reste commun dans la fièvre typhoïde.

Si le typhus doit se terminer par la mort, nous savons que celle-ci peut se produire dès l'invasion, pendant la période d'état, au moment où devrait se produire la crise, enfin pendant la convalescence.

Pendant la convalescence, la mort étant presque toujours due à des complications secondaires, nous ne parlerons pas du tracé thermométrique qui dépend uniquement de ces complications.

Pendant l'invasion et la période d'état, la mort se produit constamment en hyperthermie : la température atteint fréquemment 41 et 42° ; elle peut monter en quelques heures à ces hauteurs extrêmes et la mort suit de près (Obs. XXVIII).

Plus tard, c'est-à-dire, après le dixième ou douzième jour de l'affection il n'en est plus ainsi et s'il est vrai que l'élévation brusque de la température soit encore un signe

du plus fâcheux augure (Obs. VII), il n'est pas rare de voir arriver la mort avec une température se rapprochant de la normale ou même avec de l'hypothermie : l'une de nos observations est probante à ce sujet (Obs. XXX).

OBSERVATION XXIV

Del... Jules, âgé de 23 ans, frappeur, habitant Saint-Denis, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 5 juin 1894. Sorti guéri le 25 juin.

Le début remonte à six jours. Pris subitement de frissons et de céphalalgie le malade est obligé de se mettre au lit.

Les jours suivants la céphalalgie persiste avec une lassitude considérable et des vertiges. Constipation.

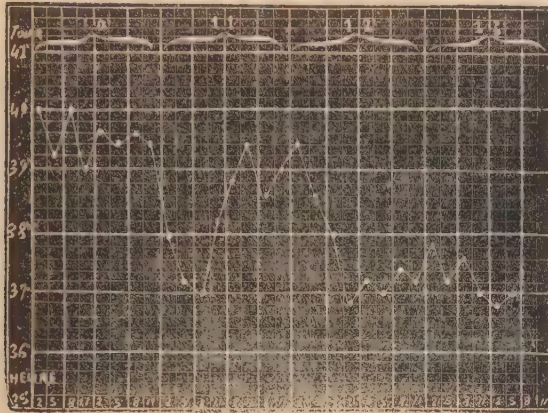
A son entrée le malade présente une éruption d'intensité moyenne sur l'abdomen et le dos. Quelques taches ont déjà pris une teinte cuivrée. La langue est épaisse et chargée ; il y a de la constipation sans météorisme.

Le pouls est bondissant et dépressible : il bat 96 pulsations. Les urines sont albumineuses ; la température est à 40°.

6 juillet. — Langue sèche. La diarrhée succède à la constipation.

8 juillet. — Disparition presque totale de l'exanthème.

Le 9 juillet, c'est-à-dire au dixième jour de la maladie, la température est encore à 40°. Voici la courbe prise toutes les trois heures des quatre jours suivants : on y voit bien marquée, l'encoche en V, qui se produit le onzième jour et la défervescence rapide le douzième.



Les autres symptômes disparaissent en même temps que se produit la défervescence.

OBSERVATION XXV

Mic... Constant, âgé de 37 ans, infirmier, sans domicile, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 16 juin 1894. Sorti guéri le 30 juin.

Malade depuis cinq jours. Inappétence, courbature, céphalalgie.

A son entrée, il présente un exanthème discret sur les membres et à la partie postérieure du thorax.

La langue est saburrale, la diarrhée est peu abondante et sans météorisme. Toux fréquente : légère submatité aux deux bases. Le pouls est plein et bondissant. Le cœur bat 100 pulsations. La région hépatique est un peu douloureuse. Urines albumineuses.

18 juin. — Langue sèche : déglutition très difficile. Délire parfois violent. Surdité manifeste.

19 juin. — L'exanthème a presque totalement disparu. Le délire est plus calme.

21 juin. — Amendement de tous les symptômes : crise terminale.

La température s'est maintenue en plateau à 40° jusqu'au 19. Elle descend alors à 38°,2 à 11 heures du matin et remonte aussitôt à 39°,6. Le 20, elle descend de nouveau à 37°,8 à 8 heures du matin et remonte à 39°,4. Enfin, la défervescence finale se fait le 21 de 8 heures du matin à 8 heures du soir. La convalescence commence.

OBSERVATION XXVI

W..., Mathieu, âgé de 45 ans, journalier, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 26 juin 1894. Sorti guéri le 18 juillet.

Début de la maladie le 21 juin : céphalalgie, frissons, diarrhée.

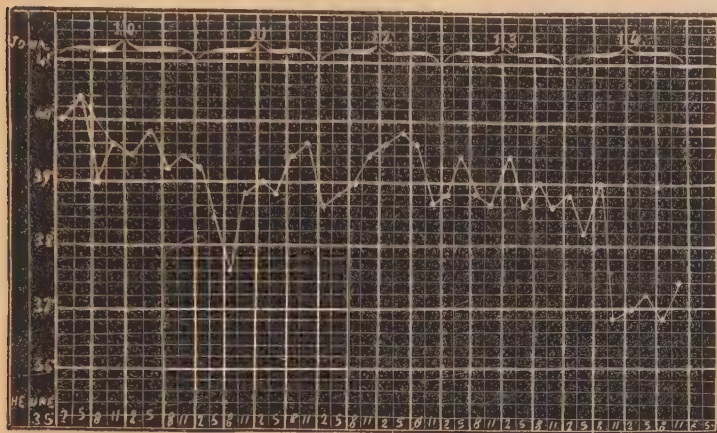
L'éruption au moment de son admission ne se rencontre que dans le dos. Etat général grave : la langue est sèche et rôtie, la diarrhée abondante et fétide. Le délire apparaît le soir de son entrée et devient violent. Urines albumineuses.

28 juin. — L'éruption s'est accentuée, elle est aujourd'hui apparente sur l'abdomen et les membres supérieurs. Le délire s'est un peu calmé, mais la langue reste sèche et la déglutition est très difficile.

30 juin. — L'exanthème tend à disparaître sans être devenu pétéchial. La diarrhée a cessé. Le malade est plus calme et la langue est redevenue humide.

Jusqu'au 1^{er} juillet, c'est-à-dire jusqu'au dixième jour de la maladie, la température s'est maintenue en plateau à 39°,5

Voici à partir de ce jour, sa courbe thermique jusqu'au moment de la crise qui amène la convalescence.



Celle-ci se continue sans incident. A la sortie (18 juillet), les urines sont encore légèrement albumineuses.

OBSERVATION XXVII

Mar... Hippolyte, âgé de 38 ans, démolisseur, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 29 juin 1894. Sorti guéri le 18 juillet.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde il y a deux ans.

Il y a huit jours, il fut pris de céphalalgie, nausée et intolérance gastrique. Le 26 juin, il entre à l'Hôtel-Dieu. Il y reste trois jours, pendant lesquels sa température se maintient à 40°. A son entrée, le malade présente des taches rosées sur l'abdomen et dans la région lombaire. Légère excitation.

La langue est saburrale, la constipation opiniâtre. Il existe des traces d'albumine. Les autres appareils ne présentent rien à signaler.

2 juillet. — Le calme est revenu. La constipation persiste.

4 juillet. — L'exanthème a complètement disparu. La constipation cède enfin.

6 juillet. — Amélioration notable.

Depuis le début de l'affection jusqu'au 5 juillet, la température a oscillé entre 39° et 39°,5. Elle baisse ensuite d'un demi degré et le 6 au matin, la défervescence se produit.

Le 8 juillet. — Le thermomètre remonte brusquement à 39°, mais redescend presque aussitôt à 36°,8 et la convalescence commence.

OBSERVATION XXVIII

Vauth, .. Marie, âgée de 29 ans, ménagère, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 6 octobre 1894. Décédée le 12 octobre.

Malade seulement depuis quatre jours, lorsqu'elle est admise à l'isolement, elle présente déjà un exanthème rubéolique recouvrant le dos et quelques taches sur l'abdomen.

La langue est humide mais noirâtre. La constipation est absolue depuis huit jours. L'état général semble grave : la malade est prostrée, répond difficilement et somnole d'une façon continue. Toux sèche et fréquente sans signes d'auscultation. Urines albumineuses et en petite quantité.

8 octobre. — L'exanthème est devenu pétéchial à la région dorsale. Le délire existe depuis hier et la malade paraît très agitée. La langue est sèche. La température se maintient depuis son entrée entre 39 et 40°.

10 octobre. — Pendant une période de coma, la température baisse, mais l'agitation reprend et le délire devient violent.

Les taches qui n'ont pas subi la transformation pétéchiale ont disparu.

11 octobre. — La température monte à 41°. Le cœur devient incomptable. Anurie complète.

12 octobre. — La température atteint 41°,6. La mort survient à cinq heures du soir.

Nécropsie. — Montre seulement la décoloration du cœur et la congestion des deux bases pulmonaires. L'intestin est sain.

OBSERVATION XXIX

Bou..., Antoine, âgé de 55 ans, comptable, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 1^{er} juin 1894. Décédé le 20 juin.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 22 ans.

La maladie actuelle a débuté le 26 mai par : céphalalgie inappétence, diarrhée, courbature et faiblesse générale.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 31 mai, il passe à l'isolement dès le lendemain.

A son entrée, il présente quelques taches rosées sur l'abdomen.

Elles sont plus nombreuses dans le dos. Il en existe également à la partie antérieure des avant-bras et à la face interne des cuisses. Diarrhée. Traces d'albumine. Température 40°,6.

3 juin. — Les taches ont augmenté de nombre et de dimensions.

La langue est sèche, la diarrhée profuse.

5 juin. — Délire tranquille. Déglutition difficile, légère surdité.

7 juin. — La surdité augmente. Les taches rosées deviennent pétéchiiales. Le délire est continu.

9 juin. — Etat général meilleur. Langue humide, diarrhée moins intense.

11 juin. — La langue est de nouveau rôtie. A la région sacrée apparaît une vaste plaque marbrée, livide.

13 juin. — Eschare sacrée de la largeur d'une pièce de cinq francs, augmentant peu à peu.

15 juin. — Deux nouvelles eschares se montrent au talon droit et à la malléole interne gauche.

17 juin. — Etat général extrêmement mauvais. Amaigrissement considérable. Délire continu. Apparition d'une quatrième eschare au niveau de la douzième côte droite en arrière du tronc.

19 juin. — Respiration stertoreuse, râles muqueux aux deux bases. Le soir, coma complet. La température qui depuis quelques jours a présenté de grandes oscillations monte rapidement. Le 20 juin, à 9 heures du matin, une demi-heure avant la mort, elle atteint 42°.

Nécropsie. — Intestin normal. OEdème cérébral. Congestion des deux bases pulmonaires. Cœur décoloré, mou, se déchirant facilement. Les reins présentent des lésions de néphrite interstitielle.

OBSERVATION XXX

Rob..., Jean, âgé de 42 ans, terrassier, sans domicile, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 8 juin 1894. Décédé le 12 juin.

Le malade ne peut fournir que des renseignements contradictoires sur le début de son affection.

L'éruption est très marquée sur tout le corps, sauf la face.

Langue rôtie. Déglutition impossible. Diarrhée.

Toux fréquente ; râles muqueux des deux côtés.

Le cœur est rapide et le pouls présente de fréquentes interruptions.

Délire tranquille. Albuminurie.

9 juin. — Diarrhée persistante. Etat général meilleur. Langue humide. La température d'abord à 40° tend à baisser mais la dépression remplace l'excitation. Somnolence continue dont il est difficile de tirer le malade.

11 juin. — Le thermomètre est descendu 35°,8. Les extrémités sont froides, cyanosées. La respiration courte et à peine perceptible.

12 juin. — Mort dans l'adynamie avec une température rectale de 35°,8.

Nécropsie. — Intestin normal. Reins petits et très pâles. Poumons congestionnés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET FORMES

Nous avons pu pratiquer pendant l'année 1894 13 nécropsies de typhiques. Ces nécropsies ont toutes été faites dans le plus court délai possible, étant données les mesures sanitaires prises pour la mise en bière rapide des cadavres. Comme il fallait s'y attendre, rien de saillant ne nous a frappé dans ces examens, et comme il ne nous a pas été possible d'examiner microscopiquement les organes, nous nous contenterons de résumer ici les principales lésions que nous avons rencontrées et qui n'ont du reste rien de spécial au typhus exanthématique.

Sur les cadavres on n'observe que l'éruption pétéchiale plus ou moins pâlie, l'exanthème a totalement disparu : la rigidité cadavérique est précoce.

Centres nerveux. — Méninges injectées et œdémateuses.

Arborisations vasculaires à leur surface. Sinus cérébraux ordinairement dilatés par du sang fluide, noirâtre. Liquide ventriculaire abondant.

Cœur mou et flasque. Peut présenter toutes les teintes mais est le plus souvent pâle et décoloré. Stokes a

insisté sur la fréquence des myocardites amenant la friabilité extrême du cœur surtout au niveau du ventricule gauche. Le cœur contient souvent des caillots agoniques et du sang noir, poisseux. Liquide péricardique fréquent.

Poumons. — Les grosses bronches sont œdématisées et vascularisées. Pleurésie séreuse. Fréquemment, congestion ou hypostase : le poumon est alors résistant, ne crépite pas sous le doigt et donne à la coupe une abondante sérosité. Quelquefois infarctus ou pneumonie secondaire.

Intestins ne présentent rien ou simplement de fines arborisations vasculaires : jamais d'ulcération.

Rate. — Quelquefois ramollie et diffluite, dans d'autres cas ferme et dure.

Foie ordinairement congestionné.

Reins normaux ou congestionnés. Dans quelques cas dégénérescence graisseuse.

Nous donnons ci-après l'observation suivie de la nécropsie d'un malade mort deux jours après son entrée avec des signes non douteux de typhus : toutes les nécropsies que nous rapportons ressemblent du reste à celle-ci :

OBSERVATION XXXI

D... Léon, âgé de 33 ans, journalier, rue Maître-Albert, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger le 28 juin 1894. Décédé le 30 juin.

Ce malade est apporté à l'isolement dans le coma, il est impossible d'en obtenir une réponse.

Eruption pétéchiale très marquée sur l'abdomen, le dos et la face antérieure des avant-bras.

Rales muqueux disséminés dans les deux poumons.

Les urines sont abondamment albumineuses. Les autres organes ne présentent rien de particulier. Température 40°.

Bain : Le soir elle est descendue à 38,6.

29 juin. — Diarrhée fétide. Température 40. Le malade est mis au bain et elle tombe à 39,4. Le délire est intense et continu, la langue sèche, rôtie, agitée d'un perpétuel tremblement. Soubresauts des tendons.

Eruption stationnaire, franchement purpurique dans le dos.

30 juin. — Le cœur faiblit, le pouls devient incomptable, mort à midi, avec une température de 40°.

Nécropsie. — Méninges congestionnées et œdème cérébral. Cœur mou. Poumons légèrement congestionnés aux deux bases. Arborisations vasculaires sur le larynx et les grosses bronches. Aucune lésion intestinale apparente. Rate grosse et ramollie.

Foie congestionné. Reins normaux.

Formes du typhus exanthématique. — Talamon les divise en formes : bénignes, graves, anormales et compliquées.

Nous ne ferons que signaler ces différentes variétés nous rappelant que l'on pourrait en somme décrire autant de formes du typhus qu'il existe de typhiques.

La forme bénigne comprend le typhus abortif, modifié dans sa durée et évoluant sans exanthème : nous n'en avons pas d'exemple et le typhus le vissimus modifié dans son intensité auquel nous pourrions rattacher l'observation XXXIV.

La forme grave comprend le typhus foudroyant (Obs. V) et le typhus ataxo-adyynamique, la plus fréquente des formes graves (Obs. III, IV, VI, etc.)

Enfin il existerait autant de formes compliquées qu'il existe de complications du typhus : cardiaques, pulmonaires, nerveuses, urinaires, etc... Nous ne signalerons que celles qu'il nous a été donné d'observer : les complications pulmonaires, les eschares ; enfin nous donnerons des exemples de typhus chez l'enfant et chez le vieillard.

La congestion hypostatique est très fréquente : nous la retrouvons dans la plupart des nécropsies.

Beaucoup plus rare est la pneumonie lobulaire ou pseudo-lobaire : ces pneumonies sont toujours dues à des infections secondaires.

Surtout fréquentes aux âges extrêmes de la vie, elle se manifestent par l'accélération de la respiration et du pouls, par la cyanose rapide. Les autres signes physiques de percussion et d'auscultation sont les mêmes que dans toutes les broncho-pneumonies : il faut signaler cependant la rapidité avec laquelle ces signes se déplacent et se modifient, parfois sous la seule influence du changement d'attitude du sujet (1). Les crachats sont demi-transparents, visqueux, mal aérés, sanguinolents.

1. Joffrion. *Essai sur les complications respiratoires du typhus*. Th. de Paris, 1893.

OBSERVATION XXXII

Del... Jean-Baptiste, âgé de 46 ans, serrurier. Entré le 23 mars, mort le 2 avril 1894.

Antécédents héréditaires et personnels à peu près inconnus. On apprend seulement que le malade a fait dans ces derniers temps de longues courses à pied et était habituellement sans ouvrage.

Il est arrivé à Paris il y a quinze jours dans un état de dénue-ment absolu.

Entré peu après à l'hôpital Saint-Antoine il est transporté au service d'isolement de l'Hôtel-Dieu annexe service de M. le professeur agrégé Roger, le 23 mars.

Etat de prostration complet : aucune réponse à l'interrogatoire.

Découvrant le malade, on constate régulièrement réparties sur l'abdomen, le dos et les membres du côté de la flexion, de petites taches irrégulières presque cohérentes de coloration rosée et disparaissant complètement à la pression.

Constipation absolue. Pas de ballonnement du ventre ni de gargouillement dans la fosse iliaque.

La langue est blanche, épaisse, saburrale.

Etat général grave. Le délire est continu et tranquille pendant le jour, mais la nuit le malade fait des efforts pour se lever et pousse des cris. Porte souvent les mains à son front, semblant indiquer la douleur.

Le pouls est rapide et présente quelques irrégularités.

Les artères sont dures. Quoique âgé seulement de 47 ans le malade présente un cercle sénile très marqué.

Quelques râles muqueux. Urines très albumineuses.

La surdité est absolue, les conjonctives fortement injectées. Température vespérale 40°,8.

26 mars. — Le délire est continu et surtout nocturne. La langue devient rôtie, les dents fuligineuses. La constipation persiste sans ballonnement. Faux pas fréquents du cœur et tachycardie. Temp. matutinale 39°,2, vespérale 40°.

27 mai. — Selles peu abondantes et sous l'influence des lavements répétés. Température : 39° et 39°,6.

28 mai. — Le malade commence à tousser. L'auscultation révèle un souffle tubaire à la partie moyenne du poumon droit. Râles sous-crépitaux au-dessus et au-dessous. Matité très marquée. Temp. 38°,4 et 38°,6.

Du 29 au 31 mars. — Etat stationnaire. Malgré la descente lente de la température, le délire augmente : à de rares intervalles il semble vouloir faire place au coma.

1^{er} avril. — La température monte rapidement, elle atteint 41°,4 le 2 au matin et le malade meurt dans le coma.

Nécropsie. — *Encéphale*, méninges œdémateuses. Liquide céphalo-rachidien très abondant. Sinus gorgés de sang.

Poumons. — Congestion intense des deux poumons. A droite, foyer d'hépatisation rouge occupant tout le lobe inférieur et le lobe moyen. Emphysème dans le lobe supérieur. Les deux lobes hépatisés tombent au fond de l'eau.

La rate pèse 125 grammes, elle n'est pas diffluite. Reins très congestionnés pesant : le droit 260 grammes, le gauche 220. Foie 1900 grammes.

Cœur de coloration feuille morte, très friable. Plaque d'athérome sur le bord libre de la valvule tricuspide. Liquide péri-cardique abondant.

Intestin grêle congestionné : pas d'ulcération.

Chez deux autres typhiques nous avons observé le dé-

veloppement d'une eschare sacrée qui prit en peu de temps des proportions considérables : la mort survint peu après son apparition (Obs. XXIX et XXXIII).

OBSERVATION XXXIII

Piv... Auguste, âgé de 47 ans, imprimeur, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 26 avril. Décédé le 3 mai 1894.

Le malade a eu la fièvre typhoïde il y a dix ans, la convalescence fut longue.

Le 18 avril il fut pris d'un grand frisson qui dura plusieurs heures en même temps qu'il souffrait de céphalalgie intense et de courbature. Inappétence absolue et diarrhée fétide. Le lendemain 19 il eut une épistaxis abondante.

A son entrée le 26 avril le malade présente un exanthème rubéolique sur tout le corps mais plus marqué sur l'abdomen, le dos et les avant-bras. La langue est épaisse, saburrale, la diarrhée profuse et fétide. Les autres appareils n'ont rien de particulier ; l'urine est albumineuse.

28 avril. — Diarrhée persistante. Le délire commence à se montrer pendant la nuit. Les taches passent à la teinte purpurique.

30 avril. — La langue devient sèche, rôtie, le malade éprouve une impossibilité presque complète à avaler la moindre goutte de liquide. Le délire est continu et tranquille avec tremblement des lèvres et de la langue. Dans la région sacrée se montre une vaste ecchymose.

1^{er} mai. — L'ecchymose sacrée s'est ulcérée. Les conjonctives sont rouges, les yeux larmoyants, le délire s'accroît.

2 mai. — La diarrhée devient moins intense mais reste d'une

fétidité extrême. L'eschare fait de rapides progrès; le malade est prostré.

3 mai. — Le délire reprend et devient violent, le malade est dans une grande agitation. Les taches purpuriques sont devenues cuivrées, l'exanthème a disparu. Langue rôtie. Mort à cinq heures de l'après-midi. La température s'est maintenue en plateau vers 39°. A signaler une encoche en V le 29 avril à 8 heures du matin. Elle est de 40° deux heures avant la mort.

Nécropsie. — Montre l'intégrité absolue de tout l'intestin. Lésions banales de la congestion dans les autres organes. L'eschare sacrée de la largeur des deux mains atteint presque la surface osseuse.

Nous n'avons pas observé le typhus exanthématique chez les enfants très jeunes. Combemale qui a étudié cette variété signale comme caractères particuliers l'abondance et la généralisation rapide de l'exanthème, la bénignité relative de l'affection qui est en général de courte durée et évolue sans troubles nerveux graves et sans complications. Nous placerons ici deux observations l'une d'un garçon de 12 ans, l'autre d'une fille de 14 ans dans lesquelles on retrouve en effet les caractères de bénignité signalés par Combemale.

OBSERVATION XXXIV

L... Charles, âgé de 12 ans, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 9 mai. Sorti guéri le 28 mai 1894.

Ce malade ne présente aucun antécédent pathologique. Il y a huit jours il fut pris subitement de céphalalgie et d'éblouis-

sements et ressentit, dit-il, un froid assez prolongé. Quelques douleurs lombaires, de l'inappétence absolue et pendant plusieurs jours des nausées sans vomissements.

A son entrée il présente des taches rose pâle nettement marquées et surtout abondantes à la face interne des cuisses et à la partie postérieure du thorax. L'abdomen et les bras en présentent également mais en beaucoup plus petite quantité. Elles s'effacent complètement sous le doigt.

La langue est saburrale et épaisse, le dégoût très prononcé, il existe un peu de diarrhée mais pas de ballonnement. La céphalalgie est modérée mais le malade souffre du vertige par le seul fait d'entr'ouvrir les paupières. Pas de délire. Les autres appareils sont sains. La température est de 39°.6.

12 mai. — La diarrhée est moins intense; le plateau thermique a baissé d'un demi-degré environ. La céphalalgie persiste mais les vertiges ont disparu.

13 mai. — L'exanthème commence à s'effacer : aucune tache ne devient pétéchiale.

15 mai. — Chute de la température pendant la nuit : le matin à 8 heures elle est à 36°. La céphalalgie a cessé, ainsi que la diarrhée. Les taches ont presque totalement disparu. Le malade demande à manger. Guérison. Convalescence rapide.

OBSERVATION XXXV

C... Jeanne, âgée de 14 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 10 septembre 1894. Guérison.

Primitivement reçue dans un service de maladies générales cette malade nous arrive portant une éruption rubéolique bien marquée dans le dos mais à peine indiquée sur les autres points du corps. La constipation est absolue depuis plusieurs jours.

Le début remonte à six jours et s'est manifesté par de la céphalalgie et de la courbature qui ont continué jusqu'à son entrée.

A ce moment, outre l'exanthème et la constipation, la malade présente une injection conjonctivale marquée et une température de 39°. Les différents appareils sont sains.

13 septembre. — Eruption s'efface sans devenir pétéchiale.

Sous l'influence des purgatifs, la constipation a cessé mais n'a pas été remplacée par la diarrhée.

14 septembre. — La température tombe à 36°,5 et la malade entre en convalescence.

Nous avons vu précédemment que le typhus exanthématique atteint le vieillard aussi fréquemment que l'adulte.

La proportion des typhiques ayant dépassé 60 ans en 1893 fut de un sur treize. Sur les 39 cas que nous rapportons nous n'avons observé qu'un malade ayant cet âge et la terminaison fut chez lui fatale.

Il est facile de prévoir la gravité particulière de l'affection chez le vieillard comme du reste chez tous les débilisés dont l'organisme présente un point faible. D'après Combemale la terminaison habituelle du typhus chez le vieillard est la mort dans la proportion de 85 o/o. Ce pronostic si sévère le serait un peu moins pour la femme que pour l'homme, et il s'améliore à peine si l'on comprend au nombre des vieillards les sujets de cinquante ans.

OBSERVATION XXXVI

D..., François, âgé de 65 ans, maçon, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 11 septembre 1894. Décédé le 13.

Admis le 5 décembre à l'hôpital Tenon, ce malade est transporté au service d'isolement peu après l'apparition de l'exanthème. Le début a été brusque. Après un violent frisson, la température dès le second jour à 40° et se maintient alors en plateau.

A son arrivée le malade présente une éruption assez marquée sur le tronc et tendant à devenir pétéchiale à la région lombaire. La langue est rôtie, la déglutition presque impossible. L'état général paraît grave, le délire est continu et la malade fait des efforts pour se lever. La diarrhée a succédé à la constipation du début ; elle est peu abondante. Le ventre est souple et ne semble pas douloureux. Le pouls est faible et rapide avec de fréquentes intermittences. La température est à 39°,6.

12 septembre. — L'état général s'aggrave, le délire devient violent.

La respiration est courte, pressée, le cœur devient incompressible.

La température est à 40°.

13 septembre. — Le coma succède au délire et le malade meurt à 5 heures du matin avec une température de 41°.

Nécropsie. — Méninges oedémateuses. Sinus gorgés de sang noir. Foie congestionné. Rate, intestin et autres organes ne présentent rien à signaler.

Chez un de nos typhiques enfin, nous avons observé après l'évolution normale de la maladie et en pleine con-

valescence une nouvelle élévation thermique avec symptômes généraux rappelant le premier état.

Nous n'avons observé aucune nouvelle éruption, seul fait qui pourrait nous empêcher de considérer ce cas comme une rechute.

OBSERVATION XXXVII

Ser..., Alphonse, âgé de 26 ans, mécanicien, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 17 novembre 1894. Guérison.

Depuis quatre jours ce malade est constipé, a eu des frissons et souffre de céphalalgie et de courbature.

A son entrée : éruption discrète sur tout le corps, sauf le cou et la face. Léger délire. Langue saburrale, constipation. Température 40°,4. Urines albumineuses.

Cet état reste stationnaire jusqu'au 21. On assiste alors à la disparition des taches dont aucune n'est devenue pétéchiale.

Le 23. — La diarrhée succède à la constipation. La température est toujours en plateau à 40°.

Le 30. — La défervescence se produit et les différents symptômes disparaissent.

La convalescence semble alors normale jusqu'au 20 décembre.

Sans cause connue la température remonte alors à 39°.

La langue est de nouveau épaisse et chargée et la constipation se reproduit. Le délire existe seulement la nuit. Les autres appareils ne présentent rien à signaler.

Cet état persiste, sans que l'on voie réapparaître d'exanthème jusqu'au 30 décembre, époque où se produit une nouvelle défervescence : celle-ci définitive. Le malade sort guéri.

DIAGNOSTIC

Est-il facile de reconnaître le typhus exanthématique ? Les réponses les plus diverses sont données par les auteurs. Dubief (1) prétend que quand on le connaît on ne peut s'y tromper tellement il est toujours semblable à lui-même. « J'ai vu, dit-il, au cours de la récente épidémie de typhus à Paris, des personnes étrangères à la médecine faire avec assurance le diagnostic du typhus : il suffit d'y penser. » Cette opinion n'est cependant pas la plus généralement adoptée et Murchison, un maître en la question, considère le typhus comme parfois impossible à reconnaître d'une façon certaine. Chantemesse prétend aussi que le doute peut subsister surtout en ce qui concerne la fièvre typhoïde. On a même noté, dit Netter, des cas hybrides dans lesquels il existe à la fois du typhus et de la fièvre typhoïde. Pour ces derniers cas, on ne saurait, on le conçoit, s'appuyer sur l'absence à l'autopsie des lésions intestinales propres à la dothiéntérie ni sur les résultats négatifs de la recherche du bacille typhique.

1. Dubief. Sur le *Diagnostic du typhus*. *B. gén. de therap.*, 1893, CXXV, p. 433.

Sans doute le diagnostic s'impose parfois après l'apparition de l'éruption mais il n'en est point de même à la période d'invasion, c'est-à-dire au moment où il est le plus urgent de le reconnaître, de même que dans les cas où le typhus évolue sans exanthème.

Mott (1) passe en revue les conditions générales qui peuvent augmenter les difficultés du diagnostic, et il ajoute : « les symptômes du typhus ne sont pas si distincts dans la première semaine que ceux d'aucune autre fièvre éruptive, et c'est généralement pendant cette période que le diagnostic doit être porté ». Sur un total de 771 malades reçus comme typhiques il eut 12 fois à réformer le diagnostic et l'erreur s'expliquait par l'abondance de l'éruption rosée lenticulaire. Cet auteur donne ensuite deux exemples observés dans des asiles publics d'enfants où pendant plusieurs jours le typhus exanthématique fut considéré comme une épidémie de fièvre typhoïde.

C'est, en effet, la fièvre typhoïde qui présente les plus grandes difficultés de diagnostic.

L'éruption même, suivant Lebert, ne présente aucun caractère spécifique et ne diffère pas sensiblement de celle de la typhoïde : la seule distinction réside dans son abondance et son extension au tronc et aux extrémités. Pour Murchison au contraire l'éruption est le grand caractère distinctif. Lorsqu'elle manque, et si l'état typhoïde est complètement développé, lorsqu'on voit le malade pour la première fois, si en outre on ne possède aucun

1. Mott. *The diagnosis of typhus fever*. *Am. Journ. of. med. sc.*, LXXVII.

renseignement sur les antécédents, il peut être impossible de décider s'il s'agit de typhus ou de typhoïde.

La distinction des taches rosées lenticulaires et de l'exanthème typhique est souvent fort difficile, à tel point que quelques auteurs (1) ont signalé l'existence de taches rosées lenticulaires en tout semblables à celles de la typhoïde parmi les pétéchiies de l'exanthème typhique.

Nous résumons dans le tableau suivant les caractères propres à chaque espèce d'éruption :

Taches rosées lenticulaires.	Taches de l'exanthème typhique.
Nombre restreint.	Ordinairement en grand nombre.
Séparées par de larges espaces.	Souvent presque confluentes.
Paraissent du huitième au douzième jour et plus tard.	Apparition du quatrième au sixième jour.
Localisation sur l'abdomen et la poitrine.	Maximum sur le dos.
Coloration rose pâle, contours arrondis.	Coloration plus foncée, contours déchiquetés.
Disparaissent toujours sous le doigt.	Ne disparaissent complètement qu'au début.
Ne deviennent jamais pétéchiiales.	Transformation pétéchiiale au bout de deux ou trois jours.
Développement par poussées successives.	Développement en une seule poussée.
Durée de chaque tache : deux ou trois jours, puis disparition complète.	Durée plus longue : les pétéchiies persistent. Durée totale : quinze jours.
Sudamina fréquents.	Plus rares.
Pas de desquamation appréciable.	Desquamation fine.

Abstraction faite de l'exanthème, la fièvre typhoïde et

1. W. Sargent, *Amer. Jour. of med. sc.*, XIV, p. 352.

le typhus présentent encore de nombreux points de dissemblance et cela à toutes leurs périodes.

Étiologiquement, le typhus atteint beaucoup plus souvent les classes misérables, il est plus fréquent au printemps et en hiver, enfin, il s'attaque surtout aux adultes.

La fièvre typhoïde ne respecte aucune classe, elle atteint surtout les enfants et les jeunes gens et cela en toute saison. L'interrogatoire du malade fera parfois découvrir une typhoïde antérieure.

L'épidémie typhique s'étend plus rapidement que celle de typhoïde qui reste le plus souvent localisée à un centre.

Enfin la contagion est plus saisissable dans le typhus, on a souvent à accuser le contact immédiat et le personnel hospitalier paie un tribut beaucoup plus large que dans les épidémies de typhoïde.

Le début du typhus est solennel, s'annonce par un violent frisson accompagné de rachialgie et d'ascension brusque de la température. Insidieux au contraire est le début de la typhoïde : pas ou peu de frisson, une ascension graduelle de la température, pas de rachialgie mais par contre des épistaxis et des accidents broncho-pulmonaires beaucoup plus fréquents que dans le typhus.

Déjà le faciès du malade diffère totalement, chez le typhique c'est, suivant l'expression de Duriau (1), l'aspect de l'ivrogne qu'on vient de tirer de son sommeil : injection des conjonctives, larmolement, rougeur et excitation de la face. Le typhoïdique est plutôt abattu, anxieux,

1. Duriau. Th. agrégation, Paris, 1857.

triste, les traits tirés, sans que le teint soit très altéré. Les phénomènes cérébraux sont plus précoces dans le typhus et la céphalalgie cesse vers le dixième ou le douzième jour. Dans la fièvre typhoïde au contraire elle peut persister jusqu'après le troisième septenaire. Les symptômes que nous avons décrits sous le nom de typhomanie n'existent pas dans la fièvre typhoïde où le délire d'intensité variable est surtout vespéral. L'odeur typhique est bien spéciale à cette maladie où l'on rencontre encore les bourdonnements d'oreilles très pénibles et la contraction pupillaire qui n'existe pas dans la dothiéntérie.

Sèche, rapeuse, grillée, recouverte d'un enduit noirâtre, toujours tremblante et ne pouvant être tirée de la bouche également sèche, la langue du typhique se distingue de celle du typhoïdique qui est étroite et pointue, à bords rouges, à surface lisse et recouverte d'un enduit brun présentant des fissures et que le malade s'il n'est pas dans le coma peut toujours sortir au dehors.

L'existence de la diarrhée ne permet pas d'affirmer la fièvre typhoïde. Elle se retrouve en effet dans le typhus mais si elle coïncide avec du météorisme et de la douleur dans la fosse iliaque droite, si les matières sont d'un jaune d'ocre on peut admettre la dothiéntérie. Le ventre est toujours souple, indolent et ne présente que peu ou pas de météorisme chez le typhique.

Enfin le dicrotisme du pouls plus fréquent dans la fièvre typhoïde, les rémissions matutinales plus marquées de la courbe thermique dans la même affection sont encore des signes distinctifs.

La période critique est brusque dans le typhus, plus

lente dans la typhoïde, la convalescence est plus longue, les accidents plus redoutables, les rechutes plus fréquentes dans cette dernière maladie. Quant à la durée totale elle est en moyenne de deux septénaires dans le typhus, de trois et plus dans la fièvre typhoïde.

Nous mettons en regard dans le tableau suivant les caractères propres au typhus et à la dothiéntérie.

Typhus	Fièvre typhoïde
<i>Etiologie.</i>	
Classes misérables.	Toutes les classes.
Adultes.	Enfants. Jeunes gens.
Contact immédiat.	Sans contact immédiat.
Contagion plus manifeste.	Parfois difficile à découvrir.
Personnel plus atteint.	Personnel peu atteint.
Grandes épidémies.	Se localise dans un centre.
<i>Début.</i>	
Solennel.	Insidieux.
Ascension thermique brusque.	Oscillations ascendantes.
Epistaxis rares.	Epistaxis fréquentes.
Douleurs lombaires violentes.	Peu ou pas de douleurs lombaires.
Catarrhe broncho-pulmonaire rare.	Accidents broncho-pulmonaires fréquents.
<i>Etat.</i>	
Faciès rouge et animé.	Traits tirés, abattement.
Injection conjonctivale.	Anxiété, tristesse.
Phénomènes cérébraux précoces.	Phénomènes cérébraux tardifs.
Céphalalgie cessant au douzième jour.	Persistant jusqu'au troisième septenaire.
Odeur typhique.	Pas d'odeur spéciale.
Pupilles contractées.	Pupilles normales ou dilatées.
Langue tremblante, grillée, ne pouvant être tirée de la bouche.	Langue étroite et pointue, rouge sur les bords, fendillée.

Typhus	Fièvre typhoïde
Constipation ou diarrhée.	Diarrhée abondante, jaune d'ocre.
Abdomen souple, indolent, non météorisé.	Météorisme. Douleur iliaque.
Pouls plus rarement dicrote.	Pouls dicrote.
Peu de rémissions thermométriques.	Rémissions thermométriques matutinales.

Période critique.

Défervescence rapide.	Chute en lysis.
Convalescence plus courte, rechutes rares.	Convalescence longue, accidents et rechutes.

Durée.

2 septenaires.	3 septenaires et plus.
Mort du dixième au douzième jour.	Mort plus tardive, souvent due à une complication.

Nous serons beaucoup plus bref pour le diagnostic de quelques autres affections : celui de la fièvre typhoïde est en effet le seul que l'on ait le plus souvent à poser.

La grippe peut simuler le typhus au début et même pendant sa période d'éruption. Dans ce dernier cas cependant, le doute ne peut persister longtemps, car outre que l'exanthème grippal est d'une extrême rareté, il présente plutôt la forme d'un érythème diffus que la forme rubéolique.

La grippe aurait encore, d'après Netter, un début plus brutal et surtout les symptômes douloureux prennent dans cette affection le premier plan. Enfin, on n'oubliera ni la question de milieu ni celle d'épidémie régnante, on saura que la grippe procède par atteintes multiples envahissant en peu de jours toute une contrée et le diagnos-

tic sera le plus souvent possible par le seul fait de ces données étiologiques.

Dans une suite d'articles, publiés en 1884 dans l'*Am. Jour. of med. Sc.*, Mott étudie le diagnostic différentiel du typhus avec un certain nombre de maladies parmi lesquelles on s'étonne de voir entrer jusqu'aux maladies de la peau. Une pareille étude paraît au moins inutile en pratique, aussi nous contenterons-nous d'indiquer les différentes fièvres éruptives au début pour terminer par la fièvre récurrente, affection inconnue en France mais que Thoïnot dans le *Traité de médecine* différencie cependant assez longuement du typhus exanthématique.

L'éruption variolique, dit Mott, peut être précédée et accompagnée par un érythème généralisé (roséole exanthématique de quelques auteurs) dans lequel se rencontrent des macules et des papules. Si l'on ajoute que la variole et le typhus peuvent présenter les mêmes symptômes prémonitoires, il est facile de comprendre que l'on sera parfois obligé d'attendre l'apparition de l'éruption variolique vraie qui ne peut prêter à confusion.

La rougeole normale ne peut guère être confondue avec le typhus : les plus grandes dimensions des taches, le catarhe oculaire et de la muqueuse respiratoire, les données épidémiques sont ordinairement concluants. Pour Mott, la présence ou l'absence de l'éruption sur la face et le cou, n'est pas suffisante pour établir le diagnostic : les faits prouvent cependant que la rougeole envahit surtout la face, ce qu'on n'observe presque jamais dans le typhus.

Si l'exanthème typhique est devenu pétéchiial, il pourra faire penser à une rougeole hémorrhagique. Les mêmes

raisons que précédemment subsistent et de plus le purpura de la rougeole s'accompagne d'autres hémorrhagies et la maladie se termine promptement par la mort.

Enfin, la forme particulière de l'éruption scarlatineuse, l'angine avec engorgement sous-maxillaire, la différence notable des phénomènes généraux, la filiation des cas éviteront de prendre pour le typhus une scarlatine au début.

La fièvre récurrente (relapsing fever ou fièvre de famine) procède par accès. Le premier débute par un frisson, l'élévation thermique, l'accélération du pouls. Il s'accompagne souvent d'ictère et de vomissements, d'hypertrophie hépatique et ne présente pas d'éruption caractéristique. Sa durée est de cinq à six jours. La fièvre et les mêmes symptômes reprennent vers le quatorzième pour durer alors quelques jours seulement. Rien dans cette rapide esquisse ne rappelle de près le typhus exanthématique. Il existe cependant des cas obscurs, dit Murchison, dans lesquels des signes cérébraux et l'état typhoïde se montrent dès le premier paroxysme. Pour arriver au diagnostic avant l'amendement du septième jour il faut alors prendre surtout en considération la présence ou l'absence de l'exanthème, l'état des autres habitants de la maison et nous ajouterons avec Thoinot, examiner le sang qui dans le cas de fièvre récurrente contient en grand nombre les spirochètes décrits par Obermaier.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

La mortalité pour cent par le typhus exanthématique donna en 1893 les chiffres suivants : Paris 41, Amiens 42, Beauvais 45, le Havre 39, Etrepagny 30, Abbeville 18, Lille 30, soit une moyenne de 35 pour cent de mortalité.

Sur nos 39 malades, 13 ont succombé; ce qui donne exactement 1/3 de mortalité.

Nous avons déjà signalé la vieillesse comme cause aggravante de l'affection (Obs. XXXVI), il en est de même de l'alcoolisme que nous avons habituellement rencontré dans les formes graves devenant promptement ataxiques, avec délire précoce et violent. D'après Marivint, la transformation pétéchiale de l'éruption serait plus fréquente et se montrerait plus tôt chez les alcooliques, ce qui du reste concorde bien avec la gravité spéciale de la maladie chez ces derniers.

Nos deux cas de typhus chez l'adolescent se sont terminés par la guérison sans complication (Obs. XXXIV et XXXV).

Nous serons bref sur le traitement du typhus exanthé-

matique rapportant simplement comment il fut institué à l'Hôtel-Dieu annexe, sans même énumérer les mesures prophylactiques (isolement du personnel, désinfections rigoureuses) qui furent prises.

La thérapeutique la plus active fut l'emploi des bains froids d'une manière systématique et chaque fois que le thermomètre dépassait 39°.

Comme adjuvants : les purgatifs, les diurétiques et les toniques.

C'est surtout par les grands lavements froids, ordinairement d'eau boriquée, que fut traitée la constipation.

Les diurétiques consistèrent en : régime lacté, boissons gazeuses et acidulées (limonade, champagne, etc.).

Enfin dans les cas fréquents où survenaient des troubles cardiaques : la caféïne, la digitale, l'éther.

Les bains froids ont été différemment appréciés : pour les uns ils sont sans effet. Pour Petresco de Bucarest au contraire, « l'infection typhique est par cette méthode complètement arrêtée dans son évolution » et plus loin « tous les typhiques traités par l'eau froide, dit-il, se sont rétablis sans aucune convalescence ». Cette opinion ne concorde pas absolument avec les résultats des statistiques les plus nombreuses, et l'on est encore plus étonné lorsque l'on voit que Petresco employait simplement le drap mouillé, méthode inférieure à celle du bain complet.

Les bains ont été donnés toutes les trois heures à chaque fois que la température dépassait 39°. La durée du bain était d'un quart d'heure et sa température de 25° pour le premier bain était abaissée pour les suivants jusqu'à

20.: affusions froides répétées sur la tête pendant toute la durée du bain.

Dans ces conditions l'hydrothérapie nous a paru donner de bons résultats, son principal effet est l'abaissement de la température pouvant atteindre $1^{\circ},5$, mais abaissement passager ne dépassant guère les deux heures qui suivent le bain.

Dans plusieurs cas le délire a été plus calme à la suite du traitement balnéaire ; dans une observation il a même cessé complètement après le troisième bain.

Enfin, fait important, nos malades ont toujours accepté facilement les bains froids dont ils paraissaient le plus souvent éprouver un véritable bien-être.

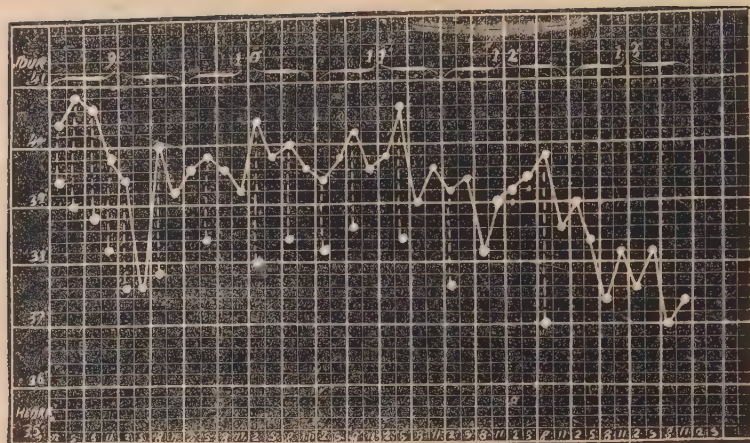
OBSERVATION XXXVIII

G... Emile, âgé de 17 ans, garçon charcutier, entré à l'Hôtel-Dieu annexé, service de M. le professeur agrégé Roger le 16 juin 1894. Guérison.

Début il y a six jours par un frisson prolongé et céphalalgie, constipation absolue.

A son entrée il présente un exanthème non pétéchial sur le dos et les membres. Constipation, délire assez violent. Température de $40^{\circ},6$. La maladie évolue normalement. Le délire disparaît après le troisième bain et la diarrhée remplace la constipation. L'éruption est imperceptible le neuvième jour de la maladie et la défervescence se produit dans la nuit du douzième au treizième jour. Guérison.

Voici la courbe de température avec l'abaissement constant mais passager que l'on constate $1/4$ d'heure après le bain.



OBSERVATION XXXIX

Mat... Joseph, âgé de 50 ans, mouleur, entré à l'Hôtel-Dieu annexe, service de M. le professeur agrégé Roger, le 23 juillet 1894. Guérison.

A éprouvé depuis dix jours de la lassitude, courbature, céphalalgie et constipation. Entré le 21 à la Pitié, il est transporté le 23 à l'isolement. Exanthème rubéolique sur tout le corps. Langue saburrale. Diarrhée depuis l'entrée. Toux légère : auscultation négative. Albuminurie. Température 41°,2. Comme toujours les bains sont donnés chaque fois que le thermomètre dépasse 39°. Du 23 juillet au 4 août, quarante-deux bains sont donnés. La température prise 1/4 d'heure après est abaissée de 1°,5 à 2°. La courbe thermique se maintient jusqu'au 30.

Elle baisse d'un degré le 31 et le 1^{er} août et la défervescence se produit dans la nuit du 3 au 4. La convalescence évolue alors normalement.

CONCLUSIONS

Le typhus exanthématique dont l'endémicité est bien démontrée en Bretagne a paru pendant plus de deux ans devoir s'acclimater à Paris.

L'épidémie de 1894 ne fut vraisemblablement qu'un réveil de celle de 1893.

Deux foyers de contagion situés dans le cinquième arrondissement au voisinage de la place Maubert fournirent la majorité des cas.

Dans plusieurs observations, la période d'incubation présenta des symptômes appréciables.

La diarrhée s'est montrée aussi fréquente que la constipation et cela pendant toute la durée de l'évolution typhique.

La courbe thermique, toujours régulière, a souvent présenté avant la crise une encoche en V caractéristique.

La gravité des cas fut surtout en raison directe de

l'âge et des antécédents pathologiques du malade. L'alcoolisme paraît jouer un rôle spécialement néfaste.

Le traitement par les bains froids, bien supporté des typhiques, agit surtout comme calmant de l'excitation nerveuse. Il est du reste sans effet sur la durée des diverses périodes de la maladie.

Vu : le Président de thèse,

PROUST.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAN. — Brit. Med. Journ., 1881.
- BARALLIER. — Du typhus épidémique, Paris, 1861.
- BATTAREL. — Thèse de Lyon, 1872.
- DE BRUN. — Progrès médical, 1893, XVIII.
- BRUNELLE. — Bulletin médical du Nord, 1893.
- CHANTEMESSE. — Semaine médicale, 1893.
- CHANTIER. — Thèse de Paris, 1894.
- CHARCOT. — Œuvres complète, T. VIII.
- CHARLIER. — Th. de Paris, 1894.
- CHAUFFARD. — Bull. de l'Acad. de méd., 1872.
- Gaz. hebdom. des Sc. méd., 1856.
- COMBEMALE. — Bull. gén. de thérapeut., 1894, CXXVII.
- Journ. de clin. et therap. infant., 1894.
- Bull. méd. du Nord, 1894.
- COMPAGNION. — Thèse de Lille, 1894.
- DANGUY DES DÉSERTS. — Arch. de méd. navale, 1878, XXVIII.
- DAURIAC. — Progrès médical, 1893-2 S, XVII.
- DESCHAMPS. — Annales d'hygiène publique, 1894, XXXII.
- DILLINGHAM. — N. York Polyclin., 1893.
- DUBIEF. — Bull. gén. de thérapeutique, 1893. CXXV.
- DURIAU. — Thèse d'agrégat., Paris, 1857.
- GASSIER. — Thèse de Montpellier, 1833.
- GAULTIER DE CLAUDE. — Mém. Acad. de méd., VII.
- GESTIN. — Mém. Acad. de méd., XXXII.

- GILLET. — Thèse de Paris, 1872.
- GODELIER. — Bull. Acad. de méd., 1856, XXI.
- GOURRIER. — Thèse de Montpellier, 1866.
- HÆSER. — Ber. des k. k. Krank Wied. 1882, III.
- INDEX CATALOGUE of the library. IV.
- JOFFRION. — Thèse de Paris, 1893.
- KELSCH. — Traité des maladies épidémiques, 1894.
- Gaz. hebdomadaire des Sc. méd., 1872, 2 S. IX.
- LEDER. — Thèse de Paris, 1893.
- LEFEBVRE. — Thèse Paris, 1877.
- MARIVINT. — Thèse de Lille, 1894.
- MARTIN. — Thèse de Paris, 1876.
- MERZ. — Thèse de Lyon, 1882.
- MOTT. — Americ. Journ. of med. Sc., 1884, I. XXXVII.
- MURCHISON. — A treatise on the continued fevers of Great Britain, 1873.
- NETTER. — Soc. méd. des hôpitaux, 1893.
- Ann. de méd., 1894.
- NIELLY. — Dict. encycl. des sc. méd.
- PERRY. — Med. Times and Gaz. 1879.
- PETRESCO. — Mercredi médical, 1894.
- PROUST. — Bull. de l'acad. de méd., 1894, 4 S. XXXI.
- ROBINSKI. — Gaz. des hôp., 1881.
- ROCHARD. — Bull. acad. de méd., 1877.
- ROGER. — Soc. méd. des hôpitaux, 1893.
- TALAMON. — Médecine moderne, 1893.
- THOINOT. — Annales d'hygiène, 1891, 3 S. XXVI.
- Annales d'hygiène, 1893, 3 s. XXIX.

